

**MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CENTRO DE EDUCAÇÃO TECNOLÓGICA E PESQUISA EM SAÚDE – ESCOLA GHC
INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – IFRS
CURSO TÉCNICO EM ENFERMAGEM**

**ADESÃO AO TRATAMENTO AOS PACIENTES PORTADORES DE
HIV/SIDA**

ANDRESSA COSTA

ORIENTADORA: JUNARA NASCENTES FERREIRA

PORTO ALEGRE

2016

ANDRESSA COSTA

1

ADESÃO AO TRATAMENTO AOS PACIENTES PORTADORES DE HIV/SIDA

Relatório apresentado como pré-requisito
de conclusão do curso Técnico em
Enfermagem.

Orientadora: Profª: Junara Nascentes
Ferreira

PORTO ALEGRE

2016

AGRADECIMENTOS

Agradeço pela oportunidade de dispor de um ensino de qualidade gratuito, pela iniciativa de todos os profissionais responsáveis.

Todas as mudanças que precisei me adequar, foram necessárias e importantes para o meu crescimento profissional e intelectual, e é por essas pessoas que posso estar hoje com uma perspectiva melhor de vida.

A todas pessoas que me incentivaram a chegar onde estou, meus singelos agradecimentos.

RESUMO

Este relatório tem como objetivo tratar e relacionar as observações realizadas durante os estágios no curso técnico de enfermagem com as teorias estudadas durante o curso. Como metodologia se realizou um relato de experiência e também uma revisão de literatura sobre o tema que segue. Especificamente, relato e observo casos ocorridos durante o estágio realizado em algumas unidades do Grupo Hospitalar Conceição, com enfoque na adesão ao tratamento de pacientes portadores de HIV/SIDA. Para isso, também se utilizou de referencial teórico estudo sobre o surgimento do HIV, as principais diferenças entre a doença e o vírus e também sobre a adesão ao tratamento. Nas discussões sobre adesão encontrou-se amplo referencial tratando sobre vulnerabilidades e dessa maneira também se acrescentou esta discussão ao relatório. Do observado nota-se a necessidade de haver um diálogo claro e específico sobre a compreensão da doença, de forma que o paciente consiga entender a importância de aderir/seguir ao tratamento, na busca da análise dos fatores que levam a não adesão ao tratamento.

*“Se pode curar, cura
Se não pode curar, alivia.
Se não pode aliviar, conforta “
(AVERL STEDEFORD apud MARINHO)*

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	6
2. A EPIDEMIA DO HIV/SIDA NO BRASIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS.....	7
3 .A DISCUSSÃO SOBRE VULNERABILIDADE SOCIAL E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS.....	10
4. RELATO DE EXPERIÊNCIA.....	12
4.1 Observação sobre impressões de adesão adequada ao tratamento.....	12
4.2. Observação sobre impressões de não adesão adequada ao tratamento.....	13
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	14
REFERÊNCIAS.....	15

1 INTRODUÇÃO

O tema deste trabalho é o HIV/SIDA e a adesão ao tratamento e foi desenvolvido ao longo de toda trajetória que vivenciei durante os estágios em algumas situações que serão relatadas nos próximos itens e chamaram atenção da aluna sobre o número de pessoas com o vírus durante as internações.

O estágio foi realizado na unidade de retaguarda da Emergência do Hospital Nossa Senhora da Conceição e na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) do Grupo Hospitalar conceição (GHC), nos quais se observaram dois.

Ressalta-se que os casos foram marcantes e persistiram como idéia para o trabalho de conclusão. Principalmente a questão: qual a causa/motivos de um paciente ter adesão ao tratamento?

No mundo, existem hoje mais de 35 milhões de pessoas vivendo com o vírus do HIV (vírus da imunodeficiência humana). O vírus é causador da Síndrome da Imunodeficiência Humana (Aids), que ataca o sistema imunológico, que é o responsável por defender o organismo de doenças. A principal célula atingida são os linfócitos T CD4+, na qual é alterado o DNA, e com a alteração, o vírus replica-se (HIV faz cópias de si mesmo). Com isso, há rompimento dos linfócitos e o vírus continua a replicar-se levando a uma infecção.

O aparecimento do HIV/AIDS ocorreu em 1981, com a detecção realizada pelos Centros de Controle de Doenças (CDC EUA) de afecções oportunistas entre pessoas jovens, brancos, homossexuais, previamente saudáveis. O surgimento da epidemia, grave e mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito) revelou a grande dificuldade de efetivar a prevenção, de se desenvolver medicamentos eficazes e de custo acessível e, ainda, de disponibilizar vacinas eficazes, além de revelar esse problema entre países. (MARQUES, 2002, p. 43).

2 A EPIDEMIA DO HIV/SIDA NO BRASIL E AS POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS

No Brasil, a partir de 1982, os primeiros casos de Aids foram oficialmente reconhecidos em São Paulo e pouco mais tarde no Rio de Janeiro. Em 1983, dez casos surgiram: quatro casos notificados à Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, e seis outros noticiados pela imprensa, mas não oficialmente comunicados. O sistema formal de vigilância epidemiológica em relação à Aids em âmbito nacional iniciou suas atividades em agosto de 1985. Até janeiro de 1986, ou seja, apenas cinco meses depois, já eram registrados 1.012 casos em vinte estados. Esses dados apresentavam a realidade do rápido crescimento da epidemia no Brasil. (MARQUES, 2002, p. 45)

Em 1987, a articulação com o Inamps, do Ministério da Previdência e Assistência Social, torna-se efetiva e significa um apoio importante para as atividades de prevenção, controle e assistência desenvolvidos pelo Programa do Ministério da Saúde. Esta articulação certamente é influenciada pelas decisões da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, onde são dados os primeiros passos em direção ao Sistema Único de Saúde.

Em 1996, pesquisas divulgadas na IX Conferência Mundial de Aids (Canadá) demonstraram a eficácia do uso combinado de ARVs (antirretrovirais). Era elevado o número de comprimidos diários, dificultando a adesão e com muitos efeitos colaterais; seu alto custo restringiu o acesso aos países industrializados. (MARQUES, 2002, p. 46)

O Brasil foi o primeiro país que decidiu aderir o acesso a antiretrovirais, com a promulgação no mesmo ano da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Com a aprovação da referida lei, as pessoas vivendo com HIV/Aids passaram a ter acesso gratuito às drogas que impedem a multiplicação do vírus - os medicamentos antiretrovirais. Atestando assim, que a sociedade civil organizada e os profissionais de saúde tiveram papel marcante para a aprovação da lei, a qual também se valeu de dispositivos da "Constituição Federal de 1988, que reconhece a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, estabelecendo, entre outros,

os princípios da universalidade da cobertura e integralidade do atendimento”(MARQUES, 2002; GOMES et al, 2002, p. 48).

Políticas públicas de saúde voltadas à epidemia da AIDS na década de 1990, mais especificamente o ano de 1993, foram marcadas por negociações e convênios entre o governo brasileiro e o Banco Mundial para o primeiro acordo de empréstimo, denominado "Projeto AIDS I", que entrou em vigor em 1994 com vigência até 1998 e priorizava a implantação e a estruturação de serviços assistenciais, após sua implementação, o governo brasileiro negociou e aprovou, junto ao Banco Mundial, o "Projeto AIDS II", cuja vigência foi de 1998 a 2003 e tinha como objetivos reduzir a incidência de casos de HIV e DST, assim como expandir e melhorar a qualidade do diagnóstico, tratamento e assistência às pessoas com DST/HIV/AIDS.

No Projeto AIDS III foi recomendado que o Brasil investisse recursos próprios na descentralização do financiamento das ações programáticas para estados e municípios, utilizando os mecanismos legais existentes no SUS. Nessa modalidade de repasse, um conjunto de municípios deveria receber recursos para o desenvolvimento de ações de prevenção e controle ao HIV/AIDS e outras DST, a partir de critérios epidemiológicos, capacidade instalada e capacidade gestora das secretarias de saúde a partir daí o SUS, teria que suprir as necessidades existentes de cada município.

Segundo Marques (2002) apud Teixeira et al (1997)

As pesquisas realizadas sobre a Aids e as políticas públicas destinadas a ela no Brasil são unânimes em destacar as conquistas alcançadas nestas últimas duas décadas, servindo como exemplo a distribuição universal e gratuita de medicação anti-retroviral aos portadores do HIV. Esse direito foi uma conquista determinada pela luta incessante da sociedade diante do quadro que a epidemia alcançou no Brasil e constitui exemplo mundial de eficiência no combate à infecção.

Durante esses processos de mudança, crescentes movimentos sociais, os princípios e diretrizes que marcaram, ainda que com dificuldade de implantação, uma mudança de sistema de saúde no Brasil, e o início do processo de

redemocratização, formaram o pano de fundo para que os sujeitos dessa história dessem início à construção da política de enfrentamento à Aids/HIV no país.

No início da epidemia do HIV, os grupos se limitavam, na maioria por homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, com o correr do tempo esse grupo foi se modificando e hoje temos um quadro bem diversificado, passando progressivamente por um processo de pauperização e feminilização.

A incidência de transmissão, por via sexual tem sido a mais importante, tanto em homens quanto em mulheres, sendo responsável por 50% do total de casos, seguida pela transmissão por via sanguínea (principalmente por drogas injetáveis e compartilhamento de seringas), responsável por aproximadamente 30% dos casos. Pode-se observar nítida queda da transmissão por transfusão sanguínea, em ambos os sexos e em homens hemofílicos.

A AIDS aparece em todas as camadas sociais, com o passar dos anos se observa um aumento, no número de casos pelo vírus HIV, a cada 12 segundos 1 pessoa é contaminada. Segundo o Programa das Nações Unidas para a Aids (Unaid), mais de 34 milhões de pessoas estão infectadas pelo vírus, e a maioria delas deve morrer nos próximos dez anos, durante o ano passado, mais de 5 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV.

3 A DISCUSSÃO SOBRE VULNERABILIDADE SOCIAL E A EPIDEMIA DE HIV/AIDS

Vulnerabilidade é a probabilidade que indivíduos ou grupo de pessoas têm de adquirir alguma doença, este termo vem sendo utilizado, para assim obter distintas finalidades, à infecção pelo HIV e AIDS, o comportamento individual, coletivo e programático é o determinante final da vulnerabilidade à infecção. Com isso, justifica focalizar ações no indivíduo, nos grupos populacionais e nas políticas públicas específicas, são um bom caminho a trilhar na busca incessante da adesão ao tratamento, ou redução nos números da infecção e da síndrome.

A interação de fatores individuais e coletivos que fazem com que diferentes pessoas e grupos estejam mais suscetíveis à infecção e adoecimentos. Vulnerabilidade classifica-se como social, programática e individual (AYRES, 2009).

O termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento coletivo e o social, socioeconômico, a ocupação e a nacionalidade também se relacionam a esse processo, de forma integral como um todo.

Sinteticamente, vulnerabilidade individual refere-se aos conhecimentos e comportamentos de cada pessoa e que as deixam mais ou menos expostas. Vulnerabilidade social são as formas de organização de cada sociedade, suas crenças, seus hábitos, seus costumes, as relações de poder entre os grupos. Vulnerabilidade programática equivale ao compromisso dos governos e das instituições da sociedade, com o objetivo de desenvolver ações voltadas para a promoção, prevenção e a recuperação da saúde das populações (AYRES, 2009).

Para intervir em situações de vulnerabilidade é muito importante o desenvolvimento de ações que envolvam “resposta social”, a população deve interagir com o método de saúde utilizado visando a adesão a prevenção.

Segundo Ayres (2009) “à participação ativa da população na procura solidária de estratégias passíveis de execução e de

encaminhamento/equacionamento de problemas e de necessidades de saúde” é item fundamental na superação das distintas/diversas vulnerabilidades.

O amplo entendimento da saúde-doença, de forma associada à vida em sociedade, possibilita o envolvimento do indivíduo com o processo saúde-doença passível de transformação e não de conformismo ou de contemplação. Busca compreensão da doença, aceitação como formas de enfrentamento da vida, conhecendo-se onde estão as vulnerabilidades e as carências individualmente. Neste sentido, a terapêutica e a adesão às práticas de intervenção à saúde se configuram como necessidade para a construção de saúde, buscando sempre a qualidade e um projeto de vida. Nesta perspectiva, há pró-atividade frente à necessidade de superação do momento da enfermidade e há responsabilidade e compromisso junto à equipe de saúde na condução das intervenções de saúde.

Segundo Bertollozi et al (2009),

adesão não se reduz a um ato de violação pessoal. É um processo intimamente associado à vida, que depende de uma série de intermediações que envolvem o cotidiano da pessoa, a organização dos processos de trabalho em saúde e a acessibilidade em sentido amplo que inclui os processos que levam ou não ao desenvolvimento da vida com dignidade.

Ainda hoje, considerando os fatores sociais, se tem grande dificuldade na adesão ao tratamento, pois se observa efeitos colaterais como náusea, vômito, dor de cabeça e diarreia que estão diretamente ligados ao uso da medicação. Somando-se a isso, o ato de tomar a medicação, dificuldade em dissolver ou em engolir, e intolerância ao cheiro são levados em consideração.

De acordo com Marques (2002),

As taxas de adesão ao tratamento obtidas em estudos brasileiros têm se mostrado similares às aquelas encontradas em países ricos. Para continuidade e avanço desse sucesso, elevadas taxas de adesão necessitam ser mantidas em todo o país, além de assegurar o acesso ao tratamento, é necessário melhorar a qualidade do cuidado e também investir nas políticas que atenuam os problemas sociais e culturais que afetam os pacientes vivendo com HIV/Aids.

4 RELATO DE EXPERIÊNCIA

Abaixo seguem os relatos de experiências observados por este trabalho.

4.1 Observação sobre impressões de adesão adequada ao tratamento

O estágio foi realizado em uma das unidades de retaguarda da Emergência do HNSC do GHC. Um dos casos observados é de um paciente masculino, branco, jovem (26 anos), dependente químico, paraplégico (após ter sido atingido por tiro em coluna) e com diagnóstico de HIV/SIDA. Este paciente internou por infecção urinária, em uso de antibioticoterapia e com sonda vesical de demora.

Este paciente relatou durante o estágio ter sido maltratado pela equipe de enfermagem, que algumas pessoas não o tratavam bem e não direcionavam a atenção que ele esperava da equipe. Ao assumir o paciente, foi feita a observação de que ele era uma pessoa poliqueixosa, reclamava do hospital e do atendimento. Além disso, foi passado que tomássemos certos cuidados, com agulhas utilizadas no quarto, cuidado no manuseio de medicações. Dessa forma, foram seguidas as precauções necessárias.

O paciente tinha uma rede familiar e de amigos que ofertavam diversos recursos como fraldas (pois tinha alergia à do hospital) e alimentação conforme a aceitação do paciente (pois não gostava da comida do hospital). Observei que o paciente era bastante “mimado” pela sua rede de apoio.

Também, observamos que o paciente fazia o tratamento antirretroviral de forma adequada. Sua mãe era cuidadora e nos pareceu que o paciente era aderente ao tratamento.

Durante aquele turno de trabalho o paciente nos tratou com muito respeito e atenção a toda medicação que administramos, perguntava para que com intuito de saber para que servia. Paciente parecia ter uma comunicação adequada com equipe, então me perguntei por que haviam feito aquele julgamento sobre ele?

4. 2 Observação sobre impressões de não adesão adequada ao tratamento

No estágio realizado na Unidade de Pronto Atendimento outro momento de aprendizado, relacionado ao tema me chamou atenção. Paciente feminina, com idade de 32 anos, negra, soropositivo, com epilepsia, dependente química e com várias internações no serviço. Paciente não realizava tratamento adequado, tanto o antirretroviral quanto o para epilepsia. A equipe de enfermagem a deixava consciente de tudo que acontecia, executavam o cuidado de uma forma a deixar o mais confortável possível, observa-se um cuidado humanizado.

A usuária tinha apoio da mãe que estava presente, em todas as situações, a acompanhante preocupava-se, porém não havia outras visitas e não parecia ter apoio do restante de sua família.

A acompanhante da paciente tinha um vínculo muito forte com a equipe de enfermagem. Tinha a impressão que a interação era positiva para a paciente e familiar. Já havia familiaridade com o caso por parte da equipe o que facilitava o manejo terapêutico. Paciente parecia motivada com a presença da equipe, tanto que mostrava desejo de aderir ao tratamento durante sua estadia no serviço.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante este trabalho busquei referências sobre o tema que auxiliassem a compreender a complexidade da infecção pelo HIV. Diversos pontos levam a refletir sobre vulnerabilidade das pessoas infectadas e como questões como pauperização, feminilização, racismo, drogadição, juventude podem influir na infecção.

Por esse motivo é importante também refletir, discutir e construir políticas públicas que diminuam/combata as diferentes vulnerabilidades que atingem as pessoas soropositivas. Além disso, é fundamental se construir redes de apoio que interajam de forma a contribuir com adesão do tratamento e, assim, permitindo que o uso adequado das medicações e das mudanças no estilo de vida necessários para o controle do vírus e da doença facilitando esse processo de adesão ao usuário.

A aproximação do profissional com o paciente durante o processo de cuidado é muito importante para adesão. Além disso, destaca-se a necessidade dos profissionais da saúde e as políticas públicas melhor conhecerem o cotidiano de quem está em tratamento. Tornando possível, assim, evitar a culpabilização social dos indivíduos em questão.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita, et al. Risco, Vulnerabilidade e Práticas de Prevenção e Promoção da Saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Manual para elaboração de relatório técnico científico**. Porto Alegre: Hospital Nossa da Conceição, 2011.

GOMES, Antonio Marcos Tosoli; SILVA, Érika Machado Pinto; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 3, p. 485-492, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2016.

GRECO, Dirceu Bartolomeu. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1553-1564, maio 2016. Disponível em <<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?sid=54548ea8-b48e-43c8-a861-d07f662c5cd1%40sessionmgr101&vid=0&hid=125&bdata=Jmxhbm9cHQYnlmc2l0ZT1laG9zdC1saXZl#AN=115226384&db=poh>> Acesso em: 10 jul 2016.

MARQUES, Maria Cristina da Costa. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9. p. 41-65, 2002. Disponível em <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=341440&indexSearch=ID>>. Acesso em: 10 jul. 2016.

MELCHIOR, Regina et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. suppl. 2, p. 87-93, 2007. Disponível em: <[file:///C:/Users/0267155/Downloads/32368-37553-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/0267155/Downloads/32368-37553-1-PB%20(1).pdf)>. Acesso em: 15 jul. 2016.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v5n3/07.pdf>> Acesso em: 11 jul. 2016.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. A aids no Estado de São Paulo: as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Rev**

Bras Epidemiol, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 286-310, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v5n3/07.pdf>> Acesso em: 12 jul. 2016.

SÁNCHEZ, Alba Idaly Muñoz; BERTOLOZZI, Maria Rita. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csc/v12n2/a07v12n2.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2016.

VILLARINHO, Mariana Vieira et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 66, n. 2, p. 271-277, abr. 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbepid/v5n3/07.pdf>>. Acesso em: 11 jul. 2016.