

ADESÃO DOS PORTADORES DO HIV/AIDS AO TRATAMENTO: FATORES INTERVENIENTES

ADHERENCE TO TREATMENT AND FACTORS THAT INTERFERE WITH HIV POSITIVE AND THOSE LIVING WITH AIDS

ADHESIÓN DE LOS PORTADORES DE SIDA/VIH AL TRATAMIENTO: FACTORES INTERVENIENTES

Eliana Lins de Almeida¹
Gilmar Barboza da Silva Araújo²
Verbena Araújo Santos³
Leila Alcina Correia Vaz Bustorff⁴
Alexandra Valéria de Lima Pereira⁵
Maria Djair Dias⁶

RESUMO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (SIDA) é uma doença infecto-contagiosa cuja principal via de contágio é a sexual. Ao longo dos anos, os indivíduos portadores da doença passaram a ter uma expectativa de vida bem maior, como também melhor qualidade de vida. No entanto, para uma resposta adequada ao tratamento, é essencial a adesão tanto às medidas medicamentosas como às medidas não medicamentosas. Com este estudo objetivou-se investigar a adesão dos portadores do HIV/aids ao tratamento e os fatores que interferem na adesão. Trata-se de estudo é exploratório-descritivo, com abordagem quantitativa, realizado em um hospital público no município de Campina Grande-PB. Os dados foram coletados durante o mês de abril de 2009 e 40 portadores do vírus HIV e da SIDA participaram do estudo. Os resultados evidenciaram que a maioria dos participantes do estudo (65%) é do sexo masculino, com faixa etária entre 30 e 40 anos (45%), solteiros (72,5%), com baixo nível de escolaridade e baixa renda. Grande parte desses indivíduos (47%) teve diagnóstico confirmado há cerca de seis a dez anos. Os resultados também evidenciaram que a maioria (60%) faz uso regular dos antirretrovirais, mesmo apresentando efeitos colaterais. No que se refere às medidas não medicamentosas, a maioria (87,5%) afirma que não realiza atividades físicas. Acredita-se que maior adesão poderá ser alcançada, e para isso é essencial o envolvimento de todos neste processo, devendo o enfermeiro atuar ativamente no desenvolvimento de ações direcionadas à assistência a esses indivíduos.

Palavras-chave: Aids; Adesão ao Tratamento; Terapia Antirretroviral.

ABSTRACT

Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) is an infectious and contagious disease transmitted mainly by unprotected sexual contact. Over the years there was an increase in life expectancy as well as a better quality of life for those with AIDS. Nevertheless an adequate response to treatment depends on the adherence to a drug regimen in addition to measures without medication. This study aims to investigate the adherence to treatment and the factors that interfere with it in HIV positive and those living with the disease. It is an exploratory and descriptive study with a quantitative approach carried out in a public hospital in the city of Campina Grande-PB. The data was collected in April 2009. 40 people diagnosed with HIV/AIDS participated in the research. Results demonstrated that 65% are male, 45% aged between 30 to 40 years, 72.5% are single with a low education and a low income. The majority of the participants taking part in the research had their diagnosis confirmed 6 to 10 years previously. The results also evidenced that 60% makes regular use of the antiretroviral even having side effects. As for treatments without medication 87.5% does not perform any physical activity. Participation in the whole process is necessary if a bigger adherence to treatment is to be achieved and nurses play a decisive role in the development of actions aiming to assist these individuals.

Key words: AIDS; Adherence to the Treatment; Antiretroviral Therapy.

RESÚMEN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA/VIH) es una enfermedad infecto-contagiosa cuya principal vía de contagio es la sexual. Con los años los individuos portadores del SIDA pasaron a tener más esperanza mejor calidad de vida. Sin embargo, para la respuesta adecuada al tratamiento, es primordial la adhesión tanto a las medidas medicamentosas

¹ Enfermeira pelo Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED), da Faculdade de Ciências Médicas – Campina Grande-PB.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Docente do Centro de Ensino Superior e Desenvolvimento (CESED) da Faculdade de Ciências Médicas – Campina Grande-PB.

³ Bióloga. Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisas Saúde, Mulher e Gênero (GEPSAM-UFPB).

⁴ Fisioterapeuta. Mestranda em Enfermagem pela UFPB. Integrante do Grupo de Estudo e Pesquisas Saúde, Mulher e Gênero (GEPSAM-UFPB).

⁵ Enfermeira.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente de mestrado em Enfermagem pela UFPB. Líder do Grupo de Estudo e Pesquisas Saúde, Mulher e Gênero (GEPSAM-UFPB).

Endereço para correspondência – Rua Maestro Osvaldo Evaristo Costa, 542, bairro dos Ipês, João Pessoa-PB – CEP: 58028-150. E-mail: leila_bustorff@yahoo.com.br.

como a las no medicamentosas. Este estudio tuvo por objetivo investigar la adhesión de los portadores de SIDA/VIH al tratamiento, así como los factores que interfieren en su adhesión. Se trata de un estudio exploratorio-descriptivo con enfoque cuantitativo, realizado en un hospital público de la ciudad de Campina Grande, Estado de Paraíba, Brasil. Los datos se recogieron en abril de 2009; participaron del estudio 40 portadores del virus VIH y del SIDA. En cuanto al perfil socio-demográfico los resultados mostraron que la mayoría de los participantes del estudio (65%) eran del sexo masculino entre 30 y 40 años (45%), solteros (72,5%), con poca escolaridad y bajos ingresos. El diagnóstico de gran parte de estas personas (47%) había sido confirmado entre 6 y 10 años antes. Los resultados también evidenciaron que la mayoría (60%) hacía uso regular de los anti-retrovirales a pesar de los efectos colaterales. En lo que se refiere a las medidas no medicamentosas la gran mayoría (87,5%) no practicaba ninguna actividad física. Creemos que se puede alcanzar una adhesión mayor pero que para ello es imprescindible que todos participen en este proceso y que los enfermeros se involucren activamente en el desarrollo de acciones orientadas a la asistencia de dichas personas.

Palabras clave: SIDA; Adhesión al Tratamiento; Terapia Antirretroviral.

INTRODUÇÃO

Desde que a síndrome da imunodeficiência adquirida foi reconhecida pela primeira vez, há mais de vinte anos, notável progresso foi feito na melhoria da qualidade e duração de vida das pessoas com infecção por HIV. Embora tenham ocorrido avanços, a doença permanece como uma questão crítica de saúde pública. A prevenção, a detecção precoce e a adesão ao tratamento mantêm-se como aspectos importantes do cuidado de pessoas com essa doença.¹

A síndrome da imunodeficiência adquirida é uma doença causada pelo vírus da imunodeficiência humana, que exhibe uma variedade de defeitos imunológicos, dos quais o mais devastador consiste na perda completa da imunidade celular. Em consequência, as infecções oportunistas catastróficas são praticamente inevitáveis.²

Atualmente, a aids é considerada uma pandemia, pois acomete milhões de pessoas em todo o mundo. Estima-se que existam, atualmente, 33,2 milhões de pessoas com HIV em todo mundo. De acordo com o *Boletim Epidemiológico*, de 1980 a junho de 2007, foram notificados 474.273 casos de aids no País – 289.074 no Sudeste, 89.250 no Sul, 53.089 no Nordeste, 26.757 no Centro Oeste e 16.103 no Norte. No Brasil, nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, a incidência de aids tende à estabilização. No Norte e Nordeste, a tendência é de crescimento. A Paraíba ocupa o quinto lugar entre os nove estados da Região Nordeste, com 2.512 números de casos.³

Conforme dados do Ministério da Saúde, em 2006, no país, foram registrados 32.628 casos da doença, confirmando uma tendência de queda no número de casos, identificada a partir de 2002, quando houve 38.816 notificados. Nesse ano, a taxa de incidência da aids foi de 22,2 casos por 100 mil habitantes. Em 2005, a taxa foi de 19,5/100 mil e em 2006, de 17,5/100 mil.⁴

Com o avanço das pesquisas, o tempo médio de vida dos portadores da doença tem aumentado significativamente, bem como melhorado bastante a qualidade de vida dessas pessoas. Há alguns anos o diagnóstico constituía uma verdadeira pena de morte; hoje são verificados vários casos em que os portadores

do vírus passam anos sem sequer desenvolver a doença. Isso se deve, principalmente, à eficiência do tratamento, que hoje, no Brasil, é tido como modelo.⁵

Um dos maiores desafios é conseguir que os indivíduos portadores do vírus, ou que já desenvolveram a síndrome, sigam corretamente o tratamento, ininterruptamente. A melhor maneira de combater o vírus é impedir-lhe a multiplicação. É o que fazem os medicamentos antirretrovirais, que devem baixar a carga viral, tornando-a indetectável e, se possível, restaurar a imunidade. Para que o tratamento anti-HIV seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo antes que a pessoa tenha alguma doença e que seu sistema imunológico esteja muito enfraquecido. É a razão pela qual, hoje, muitas pessoas infectadas pelo HIV fazem o tratamento enquanto dispõem de boa saúde.⁶

Existem, também, medidas não medicamentosas que são recomendadas, que incluem boa alimentação e prática regular de atividades físicas. A combinação de fatores, como a influência benéfica da atividade física de moderada intensidade sobre o sistema imunitário, o bem-estar psicológico causado pelo exercício em virtude de sua capacidade de reduzir o estresse, a ansiedade e a depressão, bem como a possibilidade de reforçar a autoestima e a autoconfiança, é apontada como a provável explicação para o benefício geral da atividade física nesses pacientes.⁷

Sabe-se que a adequada adesão ao tratamento se destaca dentre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/aids, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais e dietéticas, além do uso de diversos medicamentos por toda a vida, além da necessidade, por parte dos serviços, de novos arranjos e oferta de atividades específicas em adesão, assumindo importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. Estudos indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. A adesão insatisfatória pode estar associada ao desenvolvimento de resistência viral.⁸

Tendo em vista a importância da adesão ininterrupta ao tratamento para melhor qualidade de vida dos portadores de HIV/aids, verificou-se a necessidade de

investigar tal fato nos usuários atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Alcides Carneiro, na cidade de Campina Grande-PB, objetivando averiguar a adesão desses usuários e descrever os motivos relacionados à não adesão ao tratamento, como também traçar o perfil sociodemográfico e investigar a adoção de medidas não medicamentosas, a fim de fornecer subsídio científico para a elaboração de novas intervenções nessa clientela.

MATERIAL E MÉTODO

Trata-se de estudo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizado no Centro de Atendimento Especializado da Saúde e Ensino (CAESE) do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), no mês de abril de 2009, especificamente no ambulatório de infectologia desse serviço. O estudo foi realizado com portadores do HIV/aids atendidos no serviço acima citado. Em um universo de 180 usuários cadastrados, a amostra utilizada foi aleatória e não probabilística, composta por 40 portadores do HIV/aids e que se propuseram a participar do estudo. Os critérios utilizados para inclusão dos sujeitos nesta pesquisa foram: a) ser portador do HIV/aids; b) ser maior de 18 anos; c) realizar tratamento/acompanhamento no local de estudo; d) fazer uso da terapia antirretroviral (TARV) há pelo menos seis meses; e) concordar em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

De acordo com as diretrizes da Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi inicialmente encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa do próprio hospital, que emitiu parecer favorável à sua realização em 24 de março de 2009.⁹

Os dados foram coletados mediante a aplicação de um formulário semiestruturado, contendo perguntas abertas e fechadas. A primeira parte do formulário tratou dos aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo e a segunda, das questões relacionadas à patologia. Os dados da pesquisa foram tabulados e organizados em tabelas e gráficos com frequência absoluta e relativa. Para isso, foi utilizado o programa de informática Word e Excel, versão 2007. Após a construção dos gráficos e tabelas, foram realizadas a análise e a discussão dos resultados, utilizando a literatura pertinente ao assunto.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Resultados referentes aos dados de caracterização pessoal e sociodemográfica da amostra

Os dados da caracterização da amostra contemplam indicadores pessoais e sociodemográficos, como sexo, procedência, faixa etária, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar. Esses dados são apresentados nas TAB. 1 e 2.

TABELA 1 – Distribuição das variáveis referentes às características sexo, procedência, faixa etária e escolaridade

CARACTERISTICAS	N	%
Sexo		
Masculino	26	65
Feminino	14	35
Total	40	100
Procedência		
Campina Grande	15	37,5
Cidades adjacentes	21	52,5
Sertão paraibano	04	10,0
Total	40	100
Faixa etária		
30 aos 40 anos	18	45
41 aos 50 anos	14	35
51 aos 60 anos	06	15
61 aos 80 anos	02	5
Total	40	100
Grau de escolaridade		
Não alfabetizado	08	20
Ensino fundamental incompleto	22	55
Ensino médio comp/incompleto	10	25
Total	40	100

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

A TAB. 1 mostra que entre os participantes do estudo houve maior incidência do sexo masculino, fato evidenciado no nosso país, onde se observa que a razão de sexo (H:M) vem diminuindo ao longo da série histórica, passando de 15 casos em homens e 1 caso em mulheres, em 1986, para 15 casos em homens e 10 casos em mulheres, em 2006. Entre homens, a taxa de incidência em 2006 foi de 23 casos por 100 mil habitantes; entre as mulheres, a taxa foi de 15,1 casos por 100 mil habitantes.¹⁰ Vale ressaltar que a transmissão por via sexual nas relações heterossexuais é mais comum do homem para a mulher do que o contrário, uma vez que o sêmen é mais virulento do que os fluidos vaginais.¹¹

Com relação à procedência, observou-se que a maioria dos usuários (52,5%) é das cidades adjacentes a Campina Grande. Isso se deve ao fato de a população da cidade ser atendida, prevalentemente, no serviço municipal de saúde, ficando o HUAC, que é um serviço público de âmbito regional, responsável pela clientela dos municípios circunvizinhos. Destaque-se que 10% dos entrevistados são procedentes do sertão paraibano, dado que nos leva a refletir sobre a não existência de serviços de referência no sertão. Certamente a necessidade de deslocamento tão grande para ter acesso ao tratamento se configura como transtornos para esses indivíduos.

No que se refere à faixa etária obtida, observa-se que 45% dos portadores de HIV/aids têm idade entre 30 e 40

anos, correspondendo à idade laborativa, sexualmente ativa e reprodutiva. Isso aponta para um possível prejuízo econômico que a epidemia traz para o desenvolvimento de populações nas quais se manifesta.

Em relação ao grau de escolaridade, um dado preocupante é que 55% dos entrevistados possuem apenas o ensino fundamental incompleto, fator que pode prejudicar a aderência ao tratamento. Estudos confirmam a preocupação com a baixa escolaridade ao revelarem que grupo de pacientes que não têm 1º grau completo apresenta prevalência de não aderência de 39,5%, e os que possuem apresentam a prevalência de não aderência de 29%. Assim, diante do panorama revelado para este estudo, infere-se que o baixo nível escolar pode refletir diretamente na eficiência da adesão ao tratamento.^{12,13}

TABELA 2 – Distribuição das variáveis referentes às características: estado civil, ocupação e renda familiar

CARACTERÍSTICAS	N	%
Estado civil		
Solteiro	29	72,5
Casado	05	12,5
Divorciado	04	10,0
Viúvo	02	5,0
Total	40	100
Ocupação		
Aposentado/pensionista	19	47,5
Do lar	07	17,5
Agricultor	06	15,0
Autônomo	05	12,5
Outros	03	7,5
Total	40	100
Renda familiar		
Até 1 salário mínimo	22	55,0
1 até 2 salários mínimos	06	15,0
>2 salários mínimos	01	2,5
Não possuem renda	13	32,5
Total	40	100

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Com relação ao estado civil, observou-se o predomínio de solteiros correspondendo a 72,5% dos entrevistados, fato bastante preocupante, pois isso sugere que a utilização de métodos contraceptivos de barreira não está sendo eficaz ou a troca de seringas para a utilização de drogas está sendo uma constante, deixando os jovens mais suscetíveis a doenças sexualmente transmissíveis. Levando isso em consideração, percebeu-se a necessidade de intensificar as campanhas de prevenção, por meio da educação em saúde, principalmente no tocante à utilização de preservativos e às questões relacionadas ao uso de drogas injetáveis.

No que se refere à ocupação, observou-se um número bastante expressivo de aposentados/pensionistas (47,5%), os quais conseguiram recursos da Seguridade

Social para o recebimento de benefícios, tais como auxílio-doença e aposentadoria por invalidez, tendo, por sua vez, renda de um salário mínimo. Esse fato ficou evidenciado em relação à variável renda familiar, em que se constatou que a maioria possui baixa renda e apenas um entrevistado informou renda maior que dois salários mínimos. Esse é um fato preocupante, pois esses indivíduos necessitam de alimentação adequada e balanceada e, no entanto, com baixa renda torna-se difícil seguir essa recomendação.

Resultados referentes à doença e ao tratamento

Os dados apresentados nas tabelas e gráficos a seguir referem-se às formas de contágio, sintomatologia, tempo de diagnóstico e tempo de uso da medicação antirretroviral.

TABELA 3 – Distribuição das variáveis sobre as formas de contágio

CARACTERÍSTICAS	N	%
Transmissão		
Sexual	37	92,5
Não sabe	03	7,5
Total	40	100
Tipo de relação sexual		
Heterossexual	35	94,6
Homossexual	02	5,4
Total	40	100

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Apesar de todos os esforços desenvolvidos com o intuito de esclarecer e conscientizar a população, tanto sobre as formas de contágio da aids como também do que fazer para reduzir os riscos de contágio, percebe-se que novos casos ainda continuam existindo e que a prevenção da aids acabou por se constituir um problema profundamente inquietante.

Note-se a necessidade de investir na educação em saúde para que as formas de contágio e a prevenção sejam discutidas e elucidadas todas as dúvidas e anseios. O medo e a conscientização, que outrora já foram tão eficazes em outras campanhas de massa, mostraram-se, nesses casos, completamente ineficientes.¹⁴

Os participantes sintomáticos (92,5%) relataram que possuíam quatro ou mais sintomas dos descritos acima. Perda de peso, diarreia, febre e anorexia foram os mais incidentes. Todos os sintomas foram apresentados na fase inicial da doença, de acordo com relato dos sujeitos do estudo.

Cabe aos profissionais de saúde, durante o aconselhamento, indicar de forma clara a falta de dados definitivos sobre os benefícios clínicos e referir os riscos do tratamento

antirretroviral, incluindo a toxicidade dos medicamentos, o desenvolvimento de resistências, a síndrome retroviral aguda durante a subida da carga viral e a superinfecção pelo HIV, se houver interrupção terapêutica.¹⁵

TABELA 4 – Distribuição das variáveis sobre quadro sintomático

CARACTERISTICAS	N	%
Sintomatologia		
Sintomáticos	37	92,5
Assintomáticos	03	7,5
Total	40	100
Principais sintomas		
Perda de peso	32	86,4
Diarreia	31	83,7
Febre	26	70,2
Anorexia	26	70,2
Astenia	19	51,3
Náuseas	12	32,4
Vômitos	12	32,4
Erupções cutâneas	11	29,7
Outros	10	27,0

Fonte: Estudo de campo, realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009

É válido ressaltar que nem todo paciente HIV+ necessita estar em uso da TARV. Definir o melhor momento para iniciar a TARV é uma das mais importantes decisões no acompanhamento do indivíduo portador da HIV. Recomenda-se, portanto, que o tratamento seja, sempre que possível, conduzido por médico experiente no manejo de pacientes infectados pelo HIV, preferencialmente integrado em equipe interdisciplinar e que adote os critérios estabelecidos pelo Ministério da Saúde sobre o início da TARV.¹⁶

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico, observa-se, no gráfico a seguir, que 50% dos sujeitos do estudo têm diagnóstico entre 6 e 10 anos, o que leva a crer que a adesão ao tratamento tem refletido positivamente na vida dessas pessoas, que conseguem lidar com a doença durante um tempo razoavelmente grande.

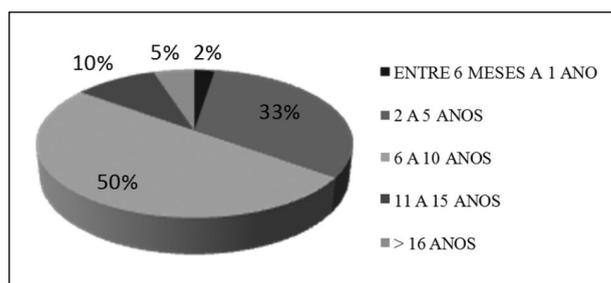


GRÁFICO 1 – Distribuição das variáveis sobre o tempo de diagnóstico

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Estudos apontam que a maioria dos portadores do vírus HIV que utilizam os mais avançados tratamentos contra a doença ganha uma sobrevida de, pelo menos, dez anos. Os estudiosos realizaram uma série de testes em diversos países europeus cujos resultados mostraram que o índice de mortalidade da aids caiu em 80% desde 1997, quando os novos tratamentos foram introduzidos. Os pesquisadores acreditam que quase 100% das pessoas que tomam os medicamentos contra a aids conseguem viver pelo menos dez anos após o diagnóstico, podendo viver bem mais do que isso.¹⁷ Outro ponto que merece destaque é que a qualidade de vida desses indivíduos também tem melhorado bastante. Com o advento da TARV, muitos indivíduos conseguem ter uma vida normal e produtiva.¹⁸

Comparando os dados sobre tempo de diagnóstico e tempo de uso da medicação, percebe-se uma diferença mínima entre esses dados: dos 50% que têm diagnóstico entre 6 e 10 anos, 47% tratam-se no mesmo período de tempo, como demonstra o GRÁF. 2. Isso sugere que não houve demora significativa entre o diagnóstico e o início do tratamento medicamentoso, mas aponta também o fato de que os infectados procuram diagnóstico somente depois que têm sintomas.

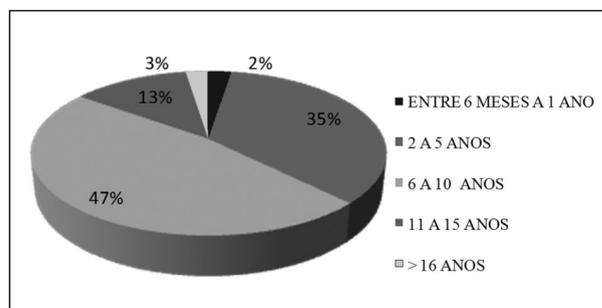


GRÁFICO 2 – Distribuição das variáveis sobre o tempo de uso da medicação antirretroviral

Fonte: Estudo de campo, realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Ainda não se sabe quanto tempo pode-se ter entre a infecção aguda e o início da terapêutica sem perder os benefícios clínicos, virológicos e imunológicos. A TARV não é uma emergência e só deve ser iniciada quando as devidas avaliações clínica e laboratorial forem realizadas, avaliando o grau de imunodeficiência existente e o risco de progressão da doença. Para que o tratamento seja mais eficaz, é recomendável iniciá-lo antes que a pessoa tenha alguma doença oportunista e que seu sistema imunológico ainda não esteja tão enfraquecido.¹⁹

Resultados relacionados com adesão ao tratamento medicamentoso

Os dados apresentados nas tabelas e gráficos a seguir referem-se ao uso regular da medicação antirretroviral, efeitos colaterais relacionados com a TARV, formas de identificar a medicação, recebimento de orientações

sobre a importância do tratamento e sobre a ocorrência de problemas para receber a medicação.

TABELA 5 – Distribuição das variáveis sobre uso regular da medicação

CARACTERISTICAS	N	%
Toma regularmente a medicação		
Sim	24	60
Não	16	40
Total	40	100
Razões para não tomar a medicação		
Efeitos colaterais	8	50,0
Revolta	5	31,2
Etilismo	3	18,8
Total	16	100

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Sobre o uso regular da medicação, 60% dos participantes do estudo declararam que tomam regularmente a medicação e 40% referiram que a usam irregularmente. Os motivos que os pacientes referiram para não tomar a medicação foram diversos, tais como: ocorrência de efeitos colaterais, motivo relatado por 50% dos que declararam que não tomam regularmente os medicamentos, revolta (31,2%) e etilismo (18,8).

TABELA 6 – Distribuição das variáveis de acordo com os efeitos colaterais da terapia antirretroviral (TARV)

CARACTERISTICAS	N	%
Apresenta efeitos colaterais		
Sim	27	67,5
Não	13	32,5
Total	40	100
Principais efeitos colaterais relatados		
Náuseas	16	59,2
Vômitos	15	55,5
Diarréia	14	51,8
Dor epigástrica	13	49,1
Anorexia	08	29,6
Cefaléia	07	25,9
Outros	06	22,2

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

De acordo com a TAB. 6 (67,5%) dos participantes do estudo relataram a presença de efeitos colaterais relacionados à TARV. Os efeitos colaterais mais relatados foram náuseas, relatadas por 59,2%, seguidas de vômitos e diarreia, entre aqueles que afirmaram a ocorrência desses efeitos.

Comparando os dados encontrados na TAB. 5 com os dados da TAB. 6, percebe-se que, mesmo apresentando efeitos colaterais, boa parte dos participantes continuou com o uso da medicação.

O uso frequente dos antirretrovirais pode causar vários efeitos colaterais. Os mais comuns são diarreia, distúrbios gastrintestinais (como vômitos e náuseas), *rash* (manchas vermelhas de alergia na pele) e lipodistrofia. Existem várias alternativas para minimizar esses problemas que vão desde o uso de medicamentos específicos até a prática de exercícios físicos, prática essa essencial para combater a lipodistrofia.¹⁶

De acordo com estudo realizado com portadores do HIV/ aids realizado em um hospital escola do interior paulista, os efeitos adversos das medicações foram citados como os maiores fatores complicadores do tratamento. A pesquisa sugere que os efeitos adversos são fatores contribuintes de não adesão e podem facilitar maior resistência dos antirretrovirais à terapia.²⁰

É essencial que antes de iniciar a TARV os pacientes sejam devidamente esclarecidos sobre a possibilidade da ocorrência desses efeitos relacionados à medicação. Do contrário, a ocorrência desses desconfortos pode ser relacionada a uma piora do quadro da doença.

Percebe-se, no gráfico a seguir, que neste estudo destacaram-se os pacientes que conheciam a medicação pela cor, forma e tamanho, dada a familiaridade que tinham com ela, e que apenas uma pequena parte (16%) sabia identificá-la pelo nome. Isso indica que o baixo nível de escolaridade está intimamente relacionado com as deficiências sobre o conhecimento correto da medicação.

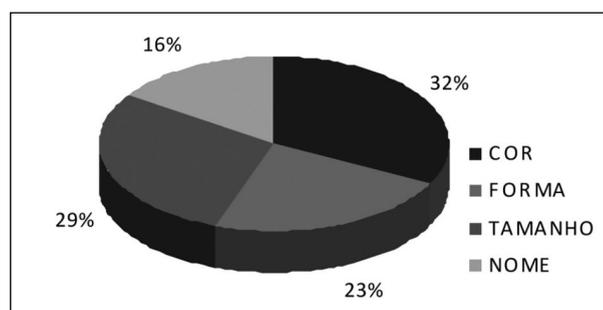


GRÁFICO 3 – Gráfico de distribuição das variáveis de acordo com a identificação da medicação

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Esses dados reafirmam que o profissional de saúde deve procurar elaborar um regime terapêutico o mais simples possível, com orientações verbais e por escrito, sobre a prescrição, de forma clara e precisa. Os medicamentos devem ser identificados pela cor, forma e nome. Indicações quanto às restrições ou exigências alimentares, necessidade de hidratação vigorosa, efeitos colaterais e interações medicamentosas devem ser enfatizadas, como encontrado em outros estudos.²¹

TABELA 7 – Distribuição das variáveis de acordo com o recebimento de orientações sobre a importância do tratamento

CARACTERÍSTICAS	N	%
Recebeu orientação		
Sim	38	95
Não	02	5
Total	40	100
Profissional que forneceu orientação		
Médico	20	52,7
Farmacêutico	18	47,3
Total	38	100

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Quanto às orientações sobre a importância do tratamento, 95% relataram que as haviam recebido e apenas 5% referiram que não haviam recebido nenhuma orientação. Os participantes do estudo também foram questionados sobre qual profissional forneceu tais orientações e 52,7% relataram que receberam orientações por médicos e 47,3 foram orientados por farmacêuticos.

O esclarecimento sobre a medicação deve ser repassado pelo profissional de saúde de forma clara, ressaltando a importância dos medicamentos para a saúde do paciente, enfatizando os diversos fatores que influenciam no tratamento. Não basta apenas conhecer a medicação; é importante conhecer o impacto do tratamento. O investimento na melhoria da adesão deve começar pelo esclarecimento ao paciente quanto aos medicamentos e à necessidade da medicação para sua saúde.²²

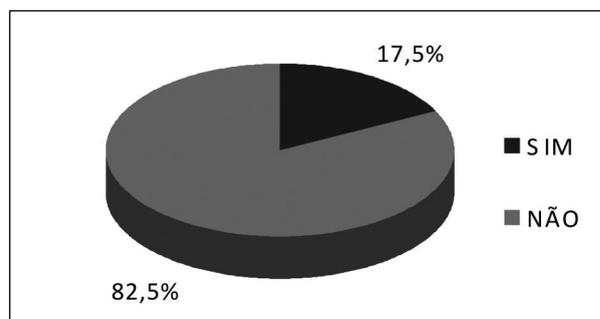
Foi possível observar que havia uma enfermeira no ambulatório de infectologia onde foi realizada a pesquisa, porém ela fazia atividades burocráticas e não participava diretamente das ações educativas voltadas aos usuários.

É importante a consulta de enfermagem para essa clientela, pois durante a consulta pode-se abordar o paciente e o familiar, oferecendo-lhe orientações sobre a doença, o tratamento e o uso correto de antirretroviral, assim como hábitos saudáveis e formas de lidar com o preconceito e isolamento social.

A relevância do papel do enfermeiro e sua atuação na equipe interdisciplinar foram evidenciadas em estudo realizado no Ambulatório de Infectologia do Hospital de Clínica de Porto Alegre, com o objetivo de proporcionar aos pacientes e a seus familiares uma forma de orientação efetiva e contínua. Criou-se um programa de adesão, que contemplou a consulta de enfermagem com enfoque individual, visando ao aconselhamento, à educação e ao oferecimento de um espaço para escuta. De acordo com o estudo citado, evidenciou-se melhora no enfrentamento do paciente à doença e o aumento nos níveis de adesão, dado o fortalecimento da aliança terapêutica por meio do vínculo profissional/paciente/

família, proporcionado pela troca de experiências, aproximação e envolvimento.²³

Com relação ao recebimento de medicamentos (GRÁF. 4), 82,5% afirmaram que o recebem regularmente e apenas 17,5% relataram algum problema para receber a medicação. É importante que os portadores de HIV tenham acesso aos medicamentos para que o seu uso seja regular e possam responder satisfatoriamente ao tratamento.

**GRÁFICO 4 – Distribuição das variáveis sobre ocorrência de problemas para receber a medicação**

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

A atitude compreensiva e acolhedora da equipe de saúde em relação a essas pessoas, na recepção, no consultório, no agendamento e marcação de consultas e na farmácia onde se realiza a dispensação da medicação, favorece o atendimento, o tratamento e promove melhor adesão.

Resultados relacionados às medidas não medicamentosas

Os dados apresentados nas tabelas a seguir são referentes à prática de atividades físicas, hábitos alimentares e de vida.

TABELA 8 – Distribuição das variáveis sobre a realização de atividades físicas

CARACTERÍSTICAS	N	%
Realiza atividade física		
Sim	05	12,5
Não	35	87,5
Total	40	100
Motivos para não realizar atividade física		
Falta de tempo/trabalho	17	48,6
Não considera importante	13	37,2
Astenia	05	14,2
Total	35	100

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Quanto à realização de atividades físicas, 87,5% referiram não realizar nenhuma atividade. Os motivos relatados

para isso foram: falta de tempo/trabalho (48,6%), não consideraram importante (37,2%) e astenia (14,2%).

A intervenção da enfermagem diante dessa clientela é fundamental, principalmente na execução do papel de educador, que deve ser colocado em prática para conscientização e sensibilização dos pacientes sobre a importância da realização das atividades físicas para a saúde deles. O apoio interdisciplinar também se faz necessário, sendo, neste caso, fundamental a participação do educador físico.

A prática regular de exercícios físicos é altamente recomendável e imprescindível em, praticamente, qualquer estágio da síndrome. O exercício físico regular é recomendado porque pode melhorar a qualidade de vida dos indivíduos infectados pelo HIV. Durante a evolução da aids, os pacientes, frequentemente, perdem quantidades substanciais de peso corporal e de massa muscular. Entre os vários benefícios potenciais dos exercícios, especialmente quando iniciados precocemente, incluem-se a superação psicológica e a manutenção da saúde e das funções físicas por um período mais prolongado e melhoria da qualidade de vida.²⁴

TABELA 9 – Distribuição das variáveis sobre uso de drogas

CARACTERISTICAS	N	%
Tabagismo	12	30,0
Etilismo	08	20,0
Uso de drogas ilícitas	05	12,5

Fonte: Estudo de campo realizado no CAESE/HUAC – Campina Grande, 2009.

Em relação ao uso de drogas ilícitas ou lícitas pelos portadores de HIV entrevistados, percebe-se o percentual significativo de tabagistas de 30%, enquanto 20% dos entrevistados referiram etilismo e 12,5% relataram o uso de drogas ilícitas.

Fumantes HIV+ têm maior probabilidade de desenvolver doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) do que fumantes não infectados pelo HIV. O risco de DPOC aumenta com a idade e com o uso de TARV potente, o que sugere que o aumento da sobrevivência promovido pelo tratamento está permitindo que os indivíduos portadores da infecção desenvolvam e morram de comorbidades como a DPOC.¹⁴

O consumo exagerado de álcool pode ter consequências potencialmente sérias para pessoas que utilizam medicamentos antirretrovirais. O álcool é processado pelo fígado e aumento de gordura no sangue, causado por alguns medicamentos antirretrovirais, pode ser intensificado pela bebida em exagero, prejudicando a eficiência desse órgão.²⁵

No que se refere ao uso de drogas, este é considerado um comportamento de alto risco para a infecção pelo HIV. Os usuários de drogas injetáveis podem se infectar quando

usam a mesma seringa com outros. Mesmo as pessoas que não se injetam drogas, mas as consomem de outra maneira podem se infectar por meio de relações sexuais sem preservativo. Diversos estudos têm mostrado que as pessoas sob efeito do álcool, frequentemente, envolvem-se em relacionamentos sexuais sem proteção.²⁶

Entendemos que não é tarefa fácil convencer esses indivíduos a mudar hábitos e adotar um estilo de vida mais saudável. No entanto, a equipe de saúde deve insistir e esclarecer essas pessoas sobre os malefícios relacionados ao tabagismo e ao consumo de álcool e drogas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados obtidos na pesquisa evidenciaram que a aids predomina no sexo masculino, com faixa etária entre 30 e 40 anos, em solteiros, com nível escolar fundamental incompleto e renda familiar de um salário mínimo. A respeito dos aspectos relacionados com a doença, observou-se que a maioria tem diagnóstico confirmado entre 6 e 10 anos e fazem uso da medicação antirretroviral por este mesmo período de tempo.

Em relação aos fatores inerentes à adesão, observou-se que a maioria dos participantes adere ao tratamento medicamentoso, fato que se deve aos benefícios oriundos da TARV, os quais proporcionam maior sobrevida e melhor qualidade de vida aos pacientes. Os resultados realmente indicam que, apesar dos efeitos colaterais dos medicamentos, grande parte continua com a medicação.

A respeito dos fatores que dificultam a adesão, destacam-se a presença de efeitos colaterais, o etilismo e a revolta, sentimento que às vezes se faz presente no cotidiano das pessoas que convivem com o vírus e a doença. Os efeitos colaterais mais evidenciados foram os que acometem o sistema gastrointestinal, dada a potencialidade da medicação. Cada dificuldade do usuário com a adesão deve ser vista com cuidado e atenção pelo profissional de saúde, para que este seja sempre um aliado na sua adesão ao tratamento antirretroviral.

Em relação à adesão às medidas não medicamentosas, evidenciou-se a não realização de prática de atividades físicas pela maioria dos participantes da pesquisa. Entre os vários benefícios potenciais dos exercícios para portadores do HIV/aids, incluem-se a superação psicológica e a manutenção da saúde e das funções físicas por um período mais prolongado, além da melhoria da qualidade de vida.

Para melhorar a adesão, alguns fatores devem ser observados, dentre os quais: o uso de esquemas de antirretrovirais com menos reações adversas; disponibilidade de um serviço de saúde que permita a realização da consulta de enfermagem, a fim de proporcionar acolhimento ao usuário, fornecer orientações, tirar suas dúvidas e esclarecer seu tratamento de forma simples e objetiva; e disponibilidade no serviço de saúde de educadores físicos e de infraestrutura que possibilite a prática de atividades físicas.

A adesão está vinculada ao sucesso das políticas públicas de saúde, sendo necessário o envolvimento de todos. É fundamental o acesso a uma equipe interdisciplinar de saúde, o envolvimento e apoio de familiares e amigos, como também o trabalho das ONGs, na construção de estratégias para melhorar a adesão em todas as esferas do tratamento das pessoas vivendo com HIV/aids.

Os profissionais de saúde têm papel indispensável na adesão ao tratamento, pois, ao arquitetarem uma relação

profissional-paciente fundamentada na abertura à conversa, há o estabelecimento de um vínculo entre ambas as partes, cada uma delas compreendendo sua responsabilidade sobre a terapia. Os hábitos e as necessidades de cada pessoa que faz uso desses medicamentos variam de acordo com seu estilo de vida e seu comportamento. Ter isso em mente pode ajudar os profissionais de saúde a propor planos terapêuticos mais individualizados e que terão mais chances de êxito.

REFERÊNCIAS

1. Smeltezer C S, Bare BG. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 10ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005. p.1637-50.
2. Rubin E, Farber JL. Patologia. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p.130-8.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/aids no mundo: dados epidemiológicos 2008. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a. [Citado 2009 fev. 06]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/data/Pages/htm>>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim epidemiológico AIDS e DST, ano IV, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. [Citado 2009 mar. 06]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>.
5. Engel CL. Infectologia, vol. 5. São Paulo: Medcurso; 2005; 14-27.
6. Buchalla AP. Três remédios em um: a FDA aprova a primeira pílula que combina três substâncias do coquetel antiaids. Veja on-line, edição 1965, 19 jul. 2006. [Citado 2009 abr. 21]. Disponível em: <http://veja.abril.com.br/190706/p_086.html>.
7. Pitanga FJG. Informações em saúde para proposta de políticas públicas de promoção de atividades físicas na Região Nordeste do Brasil. Revista Baiana Educação Física. 2002; 1(3):48-59.
8. Silva MH. Manual de boas práticas de adesão – HIV/AIDS. São Paulo: Bristol Myers Squibb; 2008. p.19-41.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [Citado 2008 set. 06]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>.
10. Carvalho GS. Pessoas vivendo com HIV/aids: vivências do tratamento anti-retroviral. 2008 [dissertação]. Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 2008.
11. Farias JL. Patologia Geral, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003; 257-73.
12. Nemes MIB, Melchior R, Jordan MS, Okasaki E, Komatsu CL. Análise qualitativa de entrevistas semi-estruturadas com usuários. In: Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no estado de São Paulo. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. 103-31.
13. Carneiro HF. AIDS: a nova desrazão da humanidade. São Paulo: Escuta; 2000; p.151.
14. Mello Filho J, Silveira LMC. Consulta conjunta: uma estratégia de capacitação para a atenção integral a saúde. Rev Bras Educ Med. 2007; 20(2):147-51.
15. Alencar TMD. A vida crônica é novidade na AIDS: as transformações da AIDS aguda para a AIDS crônica sob o ponto de vista dos pacientes [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2006.
16. Valente AMM, Reis AF, Machado DM, Succini RCM, Chacra AR. Alterações Metabólicas da Síndrome Lipodistrófica do HIV. Art. Bras. Endocrinol. Metab. 2005; 49(6). [Citado 2009 mai. 06]. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>.
17. Bastos FI. AIDS na terceira década. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.
18. Santos DF A assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: aprendendo a cuidar das pessoas ou vírus [tese]? Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio Janeiro; 2007.
19. Melchior R Avaliação da organização da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: análise de 322 serviços em 7 estados brasileiros (CE, MA, MS, PA, RJ, RS, SP) [tese]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo; 2003. 90 f.
20. Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. Rev Latinoam Enferm. 2005; 13(5):634-41.
21. Buss PM Promoção da saúde e qualidade de vida. Cienc Saúde Coletiva. 2000; 5(1):163-77. [Citado 2009 mai. 06]. Disponível em: <www.scielo.com.br>.
22. Castenheira ERL. Avaliação da assistência ambulatorial a pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços públicos no estado de São Paulo: relações entre qualidade e organização do processo de trabalho [tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002. 166 f.
23. Guaragn, BFP, Ludwig MLM, Cruz AL, Graciotto A, Schatkoski AM Implantação do programa de adesão ao tratamento de HIV/aids: relato de experiência. Rev HCPA. 2007; 27(2):35-8.
24. Pimentel A. HIV/AIDS x Exercícios Físicos. Rev Bras Cienc Mov. 2007; 10(3):49-54.
25. Cardoso GP, Arruda A. As representações sociais da soropositividade e sua relação com a observância terapêutica. Cienc Saúde Coletiva. 2005; 10(1):151-62.
26. Greco DB, Lignani JL, Carneiro M Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/aids. Rev Saúde Pública. 2001; 35(6). [Citado 2009 mai. 06]. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-8910200100060001&lng>.

Data de submissão: 28/1/2010

Data de aprovação: 16/3/2011