



Doses De ~ Comunicação

Estudo sobre apoio estruturado de comunicação como parte do
tratamento em pacientes com HIV/AIDS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS:
QUÍMICA DA VIDA E SAÚDE

DOSES DE COMUNICAÇÃO: ESTUDO SOBRE APOIO ESTRUTURADO DE
COMUNICAÇÃO COMO PARTE DO TRATAMENTO EM PACIENTES COM
HIV/AIDS

VALÉRIA KARINA DA ROSA

Orientador: José Cláudio Del Pino

Dissertação de Mestrado
Porto Alegre 2011

Dedico este trabalho ao meu pai Roberto (*in memoriam*) pelo exemplo, pelos ensinamentos e incentivo. A minha mãe Ionor pela extraordinária força e dedicação à família. Ao meu marido Saulo pelo amor que despertou em mim (eu te amo) e ao nosso filho Roberto – aquele que veio trazer alegria às nossas vidas!

Índice

Agradecimentos	5
Resumo	6
Abstract	7
Vocabulário	8
Introdução	9
Capítulo I	
Início da Epidemia	11
Transmissão e Infecção pelo HIV	14
O Uso de Medicamentos	18
Capítulo II	
Adesão à Terapia Anti-retroviral	21
A Comunicação em Saúde e a Adesão à Terapia Anti-retroviral	28
Capítulo III	
Material e Métodos	33
Capítulo IV	
Resultados, Análise de Dados e Discussão	39
Capítulo V	
Conclusão	52
Bibliografia	56
Anexos	
Anexo 1	60
Anexo 2	62
Anexo 3	64
Anexo 4	66
Anexo 5	68
Anexo 6	72
Anexo 7	79

Agradecimentos

"Se um homem é gentil com desconhecidos, isto mostra que ele é um cidadão do mundo, e que seu coração não é uma ilha que foi arrancada de outras terras, mas um continente que se une a eles." (Francis Bacon) – Obrigado professor Del Pino por sua gentileza e paciência.

Agradeço imensamente a equipe de DST/HIV/AIDS de Alvorada - RS pela confiança, comprometimento e auxílio.

Aos pacientes, familiares, amigos e cuidadores participantes do projeto o contato humano sem o qual este trabalho não teria encontrado êxito!

Aos meus pais, marido e filho pela compreensão e incentivo a continuar.

A todos que acreditaram, assim como eu, nesse projeto e que me levou a experiências surpreendentes muito além do que eu esperava.

MUITO OBRIGADO!

Apoio:
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS
Programa de Pós-Graduação Educação em Ciências: Química da Vida e Saúde - PPGQVS
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq
Coordenação Municipal de DST/HIV/AIDS de Alvorada- RS

Resumo

A AIDS, sendo uma doença considerada nos nossos dias como crônica, tem como um dos problemas principais a falha ou ausência de adesão ao tratamento. Os estudos nesta área vêm se multiplicando por sua importância. Várias áreas do conhecimento atravessam o tema auxiliando na tentativa de amenizar os efeitos negativos que a má adesão proporciona ao indivíduo, à sociedade, ao sistema de saúde nacional e mundial.

Nosso estudo mesclou as ferramentas usuais para medir adesão ao tratamento como o questionamento ao paciente sobre as tomadas de medicamentos nos dias anteriores a entrevista com acompanhamento dos pontuadores de CD4 e Carga Viral, retiradas mensais de medicamentos na farmácia de dispensação e educação/informação/comunicação em saúde.

Aferições de conhecimento sobre questões importantes para a assistência em AIDS foram realizadas através de questionário para medir o nível de informação que os (as) pacientes tinham sobre DST/HIV/AIDS. Após essa medida o grupo estudado foi convidado a participar dos Grupos de Adesão e a Consulta de Adesão onde os assuntos relacionados à doença foram abordados repetidamente de variadas formas. Após a interferência com educação/informação/comunicação novamente foi aferida a informação absorvida através do mesmo questionário. Os resultados foram promissores e pudemos inferir que as ferramentas de Comunicação em Saúde quando bem aferidas são fundamentais para os níveis de adesão ao tratamento trazendo como conseqüências a melhora do estado geral dos (das) pacientes.

Palavras – Chave: HIV/AIDS, adesão ao tratamento, comunicação em saúde.

Abstract

With AIDS being a disease considered to be chronic in our time, one of the main problems it faces is faulty or lack of adherence to treatment. Studies in this area have been multiplying due to its importance. Several areas of knowledge cross through the theme supporting the attempt to mitigate the negative effects poor adherence has on individuals, society, national and international health system.

Our study blended the usual tool used to measure adherence to treatment, as the questioning of patients about the intake of medication on the days before the interview followed up by the CD4 and Viral Load scoring, monthly withdrawals of medication from dispensing chemists and education/information/communication about health.

Measurements of knowledge about important issues for AIDS assistance were done through a questionnaire to measure the level of information patients had about STD/HIV/AIDS. Following that measure the group studied was invited to take part in the Adhesion Groups and the Adhesion Consultation, where subjects related to the disease were approached repeatedly and in several ways. After the interference with education/information/communication, again the information absorbed was measured through the same questionnaire. The results were promising and we could infer that Communication on Health tools when measured properly are fundamental for the levels of adherence to treatment, which as a result brought improvements to the general state of patients.

Key words: HIV/AIDS, adherence to treatment, communication on health.

Vocabulário

ARV = Anti-retroviral

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome

AZT = Zidovudina

CD4 = Grupamento de Diferenciação 4 das células T

CDC = Centers for Disease Control and Prevention

CV = Carga Viral

DST = Doenças Sexualmente Transmissíveis

GLBT = Gays, Lésbicas, Bissexuais e Travestis/Transexuais/Transgêneros

HAART = Highly Active Anti-Retroviral Therapy

HIV = Human Immunodeficiency Virus

IF = Inibidores de Fusão

II = Inibidores da Integrase

IO = Infecção oportunista

IP = Inibidores de Protease

ITR = Inibidor da Transcriptase Reversa

ITRN = Inibidores de Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo

ITRNN = Inibidores de Transcriptase Reversa Não-Análogos do Nucleosídeo

OMS = Organização Mundial da Saúde

ONU = Organização das Nações Unidas

PAT = Programa de Adesão ao Tratamento

PNUD = Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento

PP = Programa de Prevenção

RD = Redução de Danos

RNA = Ácido Ribonucléico

SICLOM = Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SUS = Sistema Único de Saúde

TARV = Tratamento Anti-retroviral

UNAIDS = Joint United Nations Programme on HIV/Aids

Introdução


O uso da combinação de medicamentos potentes conhecidos tecnicamente como HAART, (Highly Active Anti-Retroviral Therapy) mostrou várias possibilidades na assistência em HIV/AIDS. A AIDS tornou-se uma doença crônica, permitindo ao doente maior e melhor expectativa de vida evitando doenças que, em outros tempos, tornavam a vida do (a) paciente curta e de má qualidade. No entanto, a adesão aos anti-retrovirais (ARV) tem sido um grande desafio mundial no combate a epidemia. A introdução de vários medicamentos de uso diário, com rigidez de horários e dietas, com os indesejáveis efeitos adversos e colaterais inerentes ao popular “coquetel” de medicamentos tem despertado interesse a diferentes estudos ao redor do mundo. Observamos também que diversas áreas do conhecimento têm-se envolvido com a questão devido à sua complexidade e importância, compondo o que chamamos de equipe multidisciplinar. Sobre esse aspecto, não é possível dissociar a ação profissional e a importância do processo comunicativo nele inserido. É através da comunicação efetiva que o profissional terá oportunidade e poderá dar auxílio ao paciente a conceituar seus problemas, enfrentá-los, visualizar sua participação na experiência e alternativas de solução dos mesmos, além de oferecer-lhe meios para encontrar novos padrões de comportamento. A comunicação adequada é aquela que tenta diminuir conflitos, mal-entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com pacientes. No Brasil, as conquistas são surpreendentes. A estrutura física, de equipamentos para acompanhamento clínico e profissionais especializados e de enorme qualificação são adequados para acomodar a demanda da epidemia. Mas a questão da estruturação social é imperiosa. Não há como negar que a situação econômica e cultural tem influência direta na adesão ao tratamento. A pauperização e a falta de escolaridade criam um ambiente propício para a vulnerabilidade à contaminação, a disseminação da doença e aos descuidos com a saúde. No entanto, a Comunicação em Saúde vem ao encontro à popularização dos conhecimentos científicos de modo que pessoas sem instrução e/ou marginalizados por sua condição social e econômica possam ter acesso ao conteúdo teórico em saúde de forma clara e precisa. Assim, esse trabalho propôs a interferência de informação ao paciente com HIV. Isto é: o (a) paciente passou por Consultas de Adesão e Grupos de Adesão, onde foi avaliado o seu nível de informação sobre a doença, seu desempenho como paciente e sua capacidade de apreensão de informação dada e atitude de mudança de hábito.


Este estudo avaliou, portanto a importância da educação/informação/comunicação em saúde na adesão ao tratamento com anti-retrovirais.


Capítulo I

O Início da Epidemia

A cronologia da epidemia da AIDS¹ conta com várias etapas importantes mesclando processos sociais, comportamentais e políticos nessas 3 décadas de história. No que tange ao contexto deste trabalho destacamos dentre elas 3 que consideramos fundamentais para o entendimento desse estudo:

 1980 - 1981: Jovens americanos em distintos pontos do país apresentaram uma doença destruidora do sistema imune que deixava o corpo vulnerável a doenças oportunistas. É o início de notações de casos de AIDS. *E eis que surge um vírus, o HIV, que se esconde no sistema imunitário, nas células que definem, articulam, constroem o sistema imunitário. E ao se instalar nesse sistema o desarma, fazendo com que a pessoa passe a ser absolutamente vulnerável a qualquer ataque externo. E está produzindo o pânico do século XX. Um sistema imunitário desarmado é a doença mais espetacular produzida ao longo da história da humanidade.* Herbet de Souza – A cura da AIDS.

 1987: O Zidovudine (AZT) é aprovado. Foi o primeiro e único medicamento utilizado para tratamento da AIDS nesta época. Utilizado de forma diversa pelas equipes assistentes no que tange a posologia, o medicamento produzia sérios efeitos adversos e em poucos meses acontecia à falha terapêutica. Já se notava nessa época a resistência dos (das) pacientes ao uso do medicamento por conta dos efeitos colaterais. Podemos dizer que a não-adesão ao tratamento é tão antiga quanto o início da assistência em HIV/AIDS. É o princípio da não-adesão.

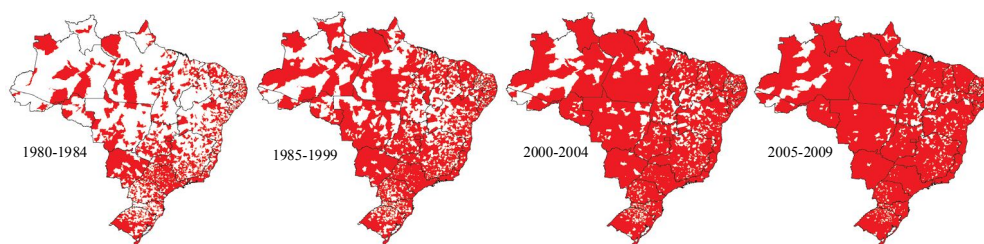
 Em 1995 houve um grande salto no que tange a assistência em HIV/AIDS com a disponibilização de mais duas classes de medicamentos: os Inibidores de Protease (IP) e os Inibidores da Transcriptase Reversa Não-nucleosídeos (ITRNN). Foi uma época de esperanças renovadas. A Terapia Anti-retroviral Altamente Ativa (em inglês

¹ Retirada do site do Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais onde pode-se obter mais informações sobre a cronologia da AIDS no Brasil e no mundo. <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>.

Highly Active Anti-retroviral Therapy - HAART) levou a uma queda de até 80% das mortes em pacientes aderentes ao tratamento. Agora passávamos para uma combinação de medicamentos que logo ficou conhecida como “coquetel”. Medicamentos esses de várias tomadas diárias, diversos efeitos colaterais, caros e insuficientes para atender toda a demanda. Aos pacientes que aderiam ao tratamento difícil tais medicamentos mostravam excelentes melhoras pontuadas por exames de Carga Viral - CV (disponibilizado nesta época) que oportunizou “enxergar” a replicação viral cedendo.

A epidemia de AIDS no Brasil e no mundo teve aspectos que tornaram-na distinta de tudo o que se havia visto em outras doenças: por surgir entre homossexuais, pela participação atuante da sociedade civil organizada, pela forma de transmissão (em especial a sexual e uso de drogas injetáveis), pela atuação da mídia, por acometer personagens públicos e pela vulnerabilidade imperceptível de todos nós.

Os anos foram passando, avanços importantes acontecendo rapidamente e suas características se alterando: pauperizando, atingindo as mulheres (no Brasil em 1985 a razão de homens/mulheres infectados pelo HIV era de 28 homens para 1 mulher, em 2000 a proporção atingiu 2 homens para 1 mulher), as crianças, os jovens, a terceira idade, enfim tomou forma de pandemia.



Municípios com pelo menos um caso de AIDS por período de diagnóstico. Brasil, 1980 – 2009

FONTE: MS/SVS/Departamento de DST AIDS e Hepatites Virais – Boletim Epidemiológico 2010

Entrou em cena a mobilização social, as campanhas de prevenção, os programas de DST/HIV/AIDS e demais providências mundiais na tentativa de cessar o avanço da AIDS. Houve resposta à epidemia e hoje, embora ainda tenhamos muito a avançar, em alguns países como o Brasil a epidemia contrariou as terríveis previsões e progressões para esse milênio. Os números ainda são altos e países como os da África Subsaariana sofrem penosamente com a

AIDS. Organizações do mundo inteiro unem esforços no sentido de reduzir as contaminações e aliviar o sofrimento dos povos através de ajuda humanitária e tratamentos.

A resposta brasileira à epidemia de AIDS é elogiada em todo o mundo servindo de modelo a alguns países. As agências da ONU como a Unaid, Pnud e OMS aplaudem as decisões brasileiras ². A estrutura brasileira de atendimento a essa doença surpreende: temos aqui estruturas físicas para acomodar os serviços de DST/HIV/AIDS, equipamentos para acompanhamento clínico/laboratorial, profissionais especializados de enorme qualificação e serviços especializados (como o novíssimo centro de atendimento Gay, Lésbicas Bissexuais e Travestis/Transexuais/Transgêneros (GLBT) no Rio de Janeiro que, entre outros atendimentos, atuará na assistência aos portadores do HIV).

A distribuição universal e gratuita de medicamentos a partir de 1991 foi um feito ousado e que modificou toda a trajetória da doença no país. Atualmente são 19 fármacos divididos em 4 classes medicamentosas e com diversas apresentações para uso adulto e pediátrico (anexo 1). Medicamentos nacionais e importados são distribuídos seguindo as regras e recomendações para terapia anti-retroviral em pacientes infectados pelo HIV^{3,4} lançados periodicamente com atualizações pelo Programa Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais (www.aids.gov.br).

Todo esse aparato tecnológico, humano e os insumos distribuídos gratuitamente têm seus méritos mais ainda não são suficientes para evitar o avanço da AIDS. Questões sociais, estruturais e econômicas são problemas para todos os setores do Sistema Único de Saúde (SUS) inclusive para a AIDS. No entanto, a adesão ao tratamento tão eficaz na redução do contingente viral dos infectados é o ponto essencial para a assistência não só no Brasil, mas em todo o mundo!

² Informações retiradas do clipping do Departamento de DST-Aids e Hepatites Virais (<http://200.196.101.67/arquivo/n11497769-113835.pdf>)

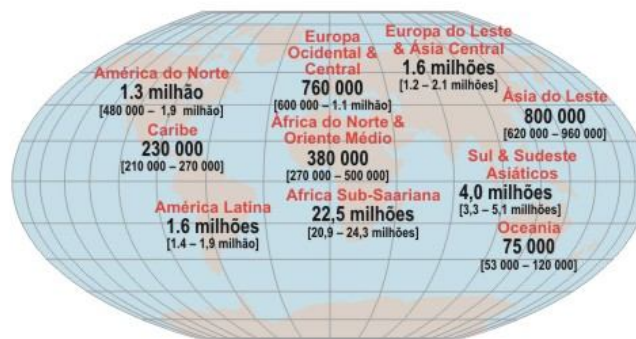
³ Consenso de terapia anti-retroviral em adultos: http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B762E0EBF-A859-4779-8A92-704EB1F3B290%7D/consensoAdulto005c_2008montado.pdf

⁴ Consenso de terapia anti-retroviral em crianças: <http://www.aids.gov.br/data/documents/storedDocuments/%7BB8EF5DAF-23AE-4891-AD36-1903553A3174%7D/%7B035F21E5-F8BA-40AA-9DF5-148E52987CCC%7D/con-crianca%2001%20-%20web.pdf>

Transmissão e Infecção pelo HIV

Segundo relatório da UNAIDS até 2007 cerca de 33 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS no mundo. Outras tantas estão contaminadas e nem sequer sabem sua sorologia.

ADULTOS E CRIANÇAS VIVENDO COM HIV EM 2007



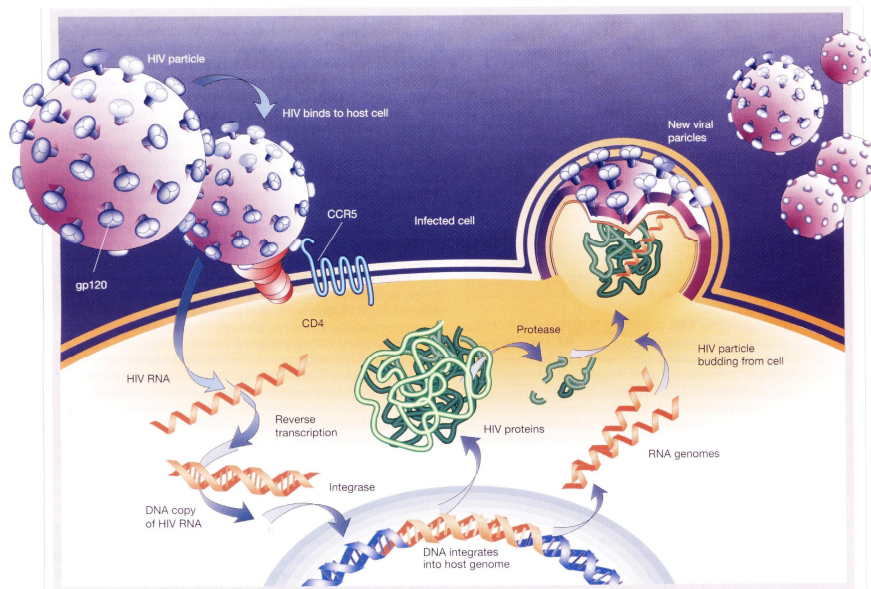
TOTAL: 33,2 (30,6 - 36,1) MILHÕES
DADOS DO RELATÓRIO DO UNAIDS

O HIV é transmitido de três formas: transmissão sexual desprotegida (sexo vaginal, oral ou anal), transmissão vertical (da mãe para o filho através da gestação/aleitamento) e sangue contaminado (através de transfusão sanguínea e uso coletivo de material injetável contaminado). Estima-se que 70% a 80% das contaminações tenham sido por via sexual. Pelo alto índice e contaminação, o compartilhamento de seringa no uso de drogas injetáveis vem em segundo lugar.

Existem dois tipos de vírus: O HIV-1 e o HIV-2. O HIV-2 é pouco comum, menos agressivo, pouco infeccioso e encontrado, até o momento, na África. O HIV-1 é o tipo responsável pela pandemia de AIDS. Além dos dois tipos do HIV existem subtipos identificados pelas letras de A a K. Os subtipos podem ser mais ou menos agressivos, ter maior ou menor capacidade de resistência aos medicamentos anti-retrovirais, replicar-se rapidamente ou de maneira mais lenta. Várias pesquisas nos últimos anos dedicam-se ao mapeamento geográfico dos subtipos para providenciar estratégias específicas para cada região.

Para acontecer a transmissão, em especial através de relações sexuais desprotegidas, vários fatores como o grau de infecção do parceiro, a presença ou não de outras doenças sexualmente transmissíveis (DST), o tipo de relação sexual (se anal, vaginal ou oral) constituem os meios para que a infecção ocorra.

O HIV é um retrovírus com genoma RNA pertencente ao grupo dos citopáticos e não-oncogênicos que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA, que pode então se integrar ao genoma do hospedeiro como mostra a representação abaixo:



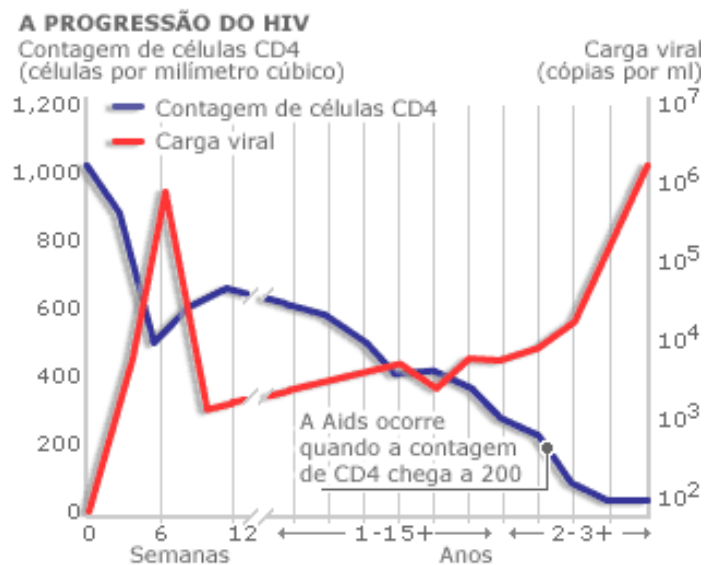
Fonte: Figura retirada da rede mundial de computadores
(http://www.nature.com/embor/journal/v4/n6s/fig_tab/embor857_f2.html)

Este vírus foi isolado na França associado à linfadenopatia e alguns meses depois nos EUA pela equipe do Dr. Robert Gallo onde recebeu a denominação de HTLV-III - vírus linfotrófico para a célula T humano tipo III. Três anos mais tarde a Organização Mundial da Saúde (OMS) denominou-o de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV).

O sistema imunológico saudável produz células de sangue e anticorpos que defendem o organismo da presença de microorganismos invasores. As principais células de defesa diante de uma infecção são os linfócitos T, as preferidas pelo HIV. O que determinará a velocidade da progressão da doença serão as quantidades e qualidade dos receptores de superfície dos linfócitos e outras células do sistema imune que funcionam

como fechaduras e que permitem a entrada do vírus no interior das células. A relação será sempre de quantidade e afinidade dos receptores virais com o vírus e a sua penetração nas células produzindo maior replicação viral e por tanto maior velocidade de progressão para doença. Após a infecção pelo HIV, o vírus começa seu ataque aos linfócitos T. Com linfócitos T comprometidos, o sistema imunológico começa a falhar na defesa do corpo contra doenças. Assim, infecções que em situações normais não representariam agravos, em um organismo infectado pelo HIV podem tornar-se fatais. São chamadas doenças oportunistas por se aproveitarem desta deficiência do sistema imunológico para se instalarem. (Bartlett 2009-2010, Consenso de Terapia²).

A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: infecção aguda; fase assintomática, também conhecida como latência clínica; fase sintomática inicial ou precoce e AIDS.



Fonte: Figura retirada da rede mundial de computadores

(<http://www.abcdhids.com.br/historico.htm>)

Infecção aguda ou primária ocorre em cerca de 50% a 90% dos casos com manifestação que varia de 5 a 30 dias. Dura o tempo de uma viremia comum e nem sempre é percebida com uma soroconversão por HIV.

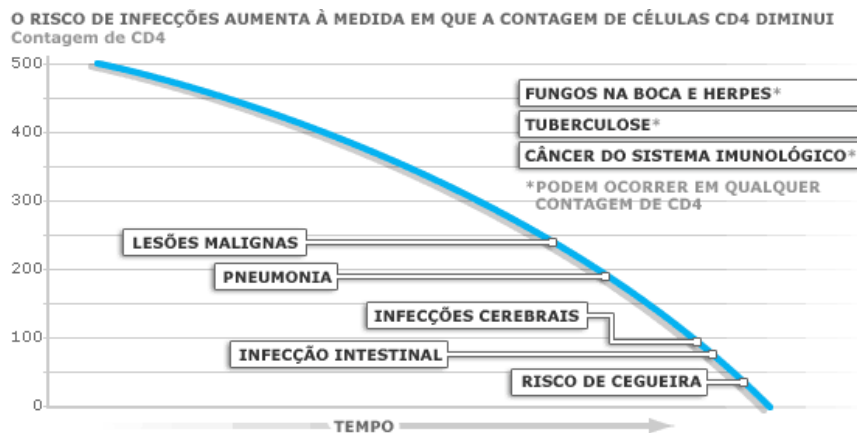
A fase assintomática, dependendo da evolução e replicação viral pode durar anos e as alterações clínicas, se aparecerem poderão ser imperceptíveis. Na infecção sintomática haverá o aparecimento de sinais inespecíficos como sudorese noturna, fadiga, emagrecimento e processos oportunistas pela baixa imunidade como candidíase, herpes zoster, diarreia, etc.

A AIDS acontecerá após o aparecimento de infecções oportunistas e neoplasias definidoras de AIDS reunidas em documento pelo Centers for Disease Control and Prevention - CDC que incluem aparecimento de doenças oportunistas, contagem de células de TCD4+ e quantificação viral.

A velocidade de progressão está relacionada com a queda da contagem de linfócitos TCD4+ no sangue (a contagem normal dos linfócitos varia de 1.000 a 2.500 células/mL de sangue) e com a contagem da carga viral do HIV (a contagem da carga viral é considerada alta acima de 100.000 cópias/mL de sangue. A escala para carga viral é habitualmente logarítmica. Com o tratamento adequado, a carga viral tende a ficar abaixo de 50 cópias/mL ou abaixo do nível de detecção - indetectável).

O HIV destrói os linfócitos TCD4+ gradativamente (em média a contagem declina 80-100 células/mL/ano). A contagem relaciona-se inversamente com a gravidade da doença. Para fins de tratamento com as drogas anti-retrovirais consideram-se resumidamente e salvo situações específicas, os seguintes parâmetros:

- 🚫 CD4 abaixo de 200 células/mL: muito vulnerável, tratar imediatamente;
- 🚫 CD4 entre 200 e 350 células/mL: vulnerável, deve ser iniciado o tratamento para evitar riscos;
- 🚫 CD4 entre 350 e 500 células/mL: pouco vulnerável, pode começar a critério médico;
- 🚫 CD4 acima de 500 células/mL: saudável, não precisa começar o tratamento.



Fonte: Figura retirada da rede mundial de computadores
(<http://www.abcdhids.com.br/historico.htm>)

O Uso de Medicamentos

O acesso universal e gratuito ao Tratamento Anti-retroviral (TARV) no Brasil, foi instituído pela Lei Federal nº 9.313 de 13 de novembro de 1996. Feito conquistado pela sociedade brasileira e que alterou todo o processo e andamento desta doença no país. Essa conquista, assim como o acesso aos exames laboratoriais, foi o que tornou o Programa Nacional Brasileiro de DST/AIDS um sucesso em termos de estruturação em saúde desta doença. Sem esses fatores certamente estaríamos em outros patamares de infecção e mortes por AIDS no país. O impacto da Terapia Anti-retroviral (TARV) mostram redução de cerca de 70% na mortalidade e de 80% na incidência de infecções oportunistas. E para aqueles que conseguem uma boa aderência, melhora do estado geral e sobrevida!

A diretriz de utilização dos medicamentos está lastreada no Consenso de Terapia Anti-retroviral^{2,3}. Esse documento é a base utilizada por todos os serviços de saúde brasileiros e é considerado um dos melhores guias clínicos do mundo. São recomendações importantes e orientações das mais diversas sobre a maioria dos pontos fundamentais da assistência em HIV/AIDS. Há um painel de peritos independentes que periodicamente revisa e atualiza as orientações sobre Terapia Anti-retroviral (TARV). As recomendações e modificações realizadas nesse documento são publicadas e distribuídas nas unidades de saúde e na internet. A cada rodada de reuniões tem-se incluídos novos temas cada vez mais abrangentes tornando-se referência para todos os profissionais, em especial para aqueles com dificuldades de acesso a outras literaturas. O comitê assessor que elabora as recomendações para utilização dos medicamentos para AIDS reúne diversas áreas do conhecimento, profissionais altamente conceituados e colaboradores de diversas instituições governamentais e não governamentais.

O documento é elaborado e revisado de forma a contemplar a variada e complexa demanda da assistência em HIV/AIDS. A tentativa de minimamente padronizar o atendimento em qualquer parte deste país continental é um exercício árduo e contínuo. Através das recomendações do Consenso de Terapia Anti-retroviral é possível a qualquer profissional da saúde orientar-se para fazer o que lhe cabe dentro da assistência em AIDS.

Os medicamentos são distribuídos gratuitamente pelo Ministério da Saúde (MS) para as Unidades de Dispensação Farmacêuticas cadastradas em todo o Brasil. O monitoramento é feito através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

(SICLOM). Além de informações de estoque, validade e lotes também possuem informações como nº de tratamentos e retiradas de medicamentos pelos pacientes.

O uso correto dos medicamentos transformou a infecção pelo HIV em uma doença evolutiva e potencialmente controlável com diminuição da Carga Viral e melhora do sistema imune. Com o tratamento anti-retroviral (TARV) se consegue controle virológico na maioria dos (das) pacientes que os toleram e os usam corretamente. Evidentemente o sucesso da terapia dependerá de fatores como: estágio da doença, fisiologia do (das) pacientes, estilo de vida, questões sociais e outras.

O definitivo e consenso mundial amplamente comprovado é que, de modo geral, a Terapia Anti-retroviral (TARV) é altamente ativa e eficaz no tratamento de pacientes infectados pelo vírus HIV. O que diferencia a eficácia individual do tratamento é a superação do (a) paciente em tornar-se aderente ao tratamento.

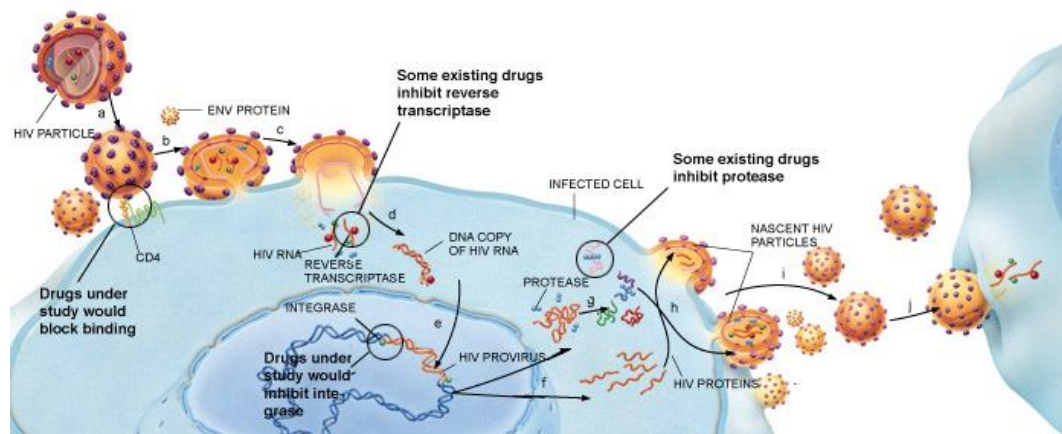
Os medicamentos anti-retrovirais distribuídos no Brasil somam 19 divididos em 5 classes: Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo do Nucleosídeo (ITRN), Inibidor da Transcriptase Reversa Não-Análogo do Nucleosídeo (ITRNN), Inibidor de Protease (IP), Inibidor da Integrase (II), e Inibidor de Fusão (IF) (anexo 1).

O início do tratamento anti-retroviral é uma das decisões mais importantes para a assistência em HIV/AIDS. Pode-se dizer que depois do diagnóstico o início do tratamento é o ponto mais delicado a se conduzir. A presença do medicamento na vida do (a) paciente é a materialização da doença. Esse momento também é crucial para a adesão ao tratamento. A decisão por iniciar a terapia depende de muitos fatores clínicos e laboratoriais, mas é importante também avaliar a disposição do (a) paciente a esse início. Pois é esta disposição e entendimento que marcará o histórico de adesão do (a) paciente.

Os principais objetivos específicos do tratamento são a supressão sustentada da replicação viral, a preservação e reconstituição imunológica. Obtendo isso a redução da morbimortalidade e melhora da qualidade de vida são conseqüências.

Entretanto, o sucesso da Terapia Anti-retroviral (TARV) depende de diversos fatores, como características virais e da resposta imune, questões relacionadas ao acesso ao tratamento e aos serviços de saúde, além de fatores comportamentais relacionados ao indivíduo e principalmente a adesão ao tratamento.

A representação abaixo procura demonstrar como agem os grupos de medicamentos no ciclo viral do HIV:



Fonte: Figura retirada da rede mundial de computadores
 (http://webs.wichita.edu/mschneegurt/biol103/lecture15/hiv_cycle_drugs_best.jpg)

Os Inibidores de Entrada são os medicamentos que impedem o vírus de se alojar. É o mais novo grupo de medicamentos para tratamento da AIDS. Apenas um chegou ao mercado até o momento. No instante da transcrição do RNA viral, os Inibidores da Transcriptase Reversa impedem o vírus de fazer cópias de seus genes, criando versões defeituosas dos nucleosídeos, suas unidades básicas. Os Inibidores Não - Nucleosídeos da Transcriptase Reversa aderem à enzima que controla o processo de transcriptase reversa afetando o processo de replicação viral. Por fim, o grupo dos Inibidores de Protease afeta a enzima chamada protease que prejudica a multiplicação viral.

A combinação de dois ou mais grupos somam, em média, três drogas que compõe o “coquetel” de medicamentos que em conjunto atuam de modo a produzir vírus inviáveis com pouca ou nenhuma capacidade de infectar outras células.

Os medicamentos, por tanto, devem ser administrados conforme sua indicação para que atuem de forma completa no ciclo de vida do vírus. Esse é um ponto importante para entendimento dos (das) pacientes. É necessário o entendimento sobre a atuação dos fármacos para não comprometer a eficácia do tratamento. É importante salientar que à medida que o HIV sofre variações algumas versões de estirpes virais sofrem mutações e podem desenvolver resistência aos medicamentos.

Capítulo II

Adesão à Terapia Anti - retroviral

É consenso, até mesmo entre os leigos, que a adesão a terapia em qualquer campo do cuidado em saúde é fundamental. Sabemos todos que para extrair os benefícios a que se propõem os medicamentos será necessário seguir as orientações do fabricante e da equipe de saúde. Para isso há que se ter boa dose de confiança por parte do usuário e segurança na eficácia do tratamento.

Estudos científicos ao redor do mundo (Walsh J 1998, Heacht F. M. 1997, Eldred L 1998 e Nemes 2000) intensificam-se nessas últimas décadas trazendo algum afinilamento para estratégias de melhora da adesão. A multidisciplinaridade dos campos do saber tem atravessado o tema colaborando nesta tarefa abordando-o sob outros pontos de vista como é necessário para assuntos complexos e multifacetados.

Mas porque razão a não – adesão é universal? Os motivos são variados e sempre surgirão novos. Portanto nossa missão será sempre emblemática. O movimento pendular proferido pela questão com o indivíduo transitando em patamares momentâneos podendo “estar aderente” pela manhã e não “estar aderente” à tarde. Por tanto, os padrões para avaliar adesão ao tratamento serão sempre uma apuração fotográfica: observada naquele momento. Não poderá ser determinante e definitiva para uma população-amostra geral. A fugacidade do tema nos remete a sugestões de formas, estratégias e ensaios que, guardadas as especificidades de todos os grupos ou indivíduos, possam ser utilizadas de forma muito previdente.

Para efeitos deste trabalho consideramos adesão ao tratamento a capacidade do indivíduo de cumprir as recomendações da equipe de saúde assistente administrando corretamente os fármacos em suas quantidades, seguindo as dietas e adotando outros cuidados como condicionamento e observando validades. (Gusmão 2006).

Temos que considerar que o conceito de adesão a que nos referimos é amplo e transcende a simples ação da tomada. Questões como estilo e qualidade de vida, comprometimento do (a) paciente, acesso aos serviços e ao próprio medicamento, vínculo com o serviço e aos profissionais assistentes são fundamentais para que a adesão se processe de forma aceitável. Para o nosso trabalho o entendimento sobre a doença e o acesso à informação são essenciais. A informação perpassa todas as outras

questões e promove o protagonismo do indivíduo ajudando-o na aceitação da sorologia, redução de danos e promoção da saúde.


A multidisciplinaridade das ações em saúde é uma estratégia primordial para a adesão. Logo, é uma questão que pode e deve ser uma atividade que permeia todas as áreas do conhecimento. Cada área atuando em conjunto na construção de estratégias de adesão sob seu olhar específico terá condições de apresentar aos pacientes diversas formas e condutas para contornar os obstáculos existentes na dinâmica e difícil tarefa a que os pacientes estão submetidos.

A prática da atenção integral deve estar presente nos atendimentos de saúde. No entanto, as doenças de longo tratamento consideradas crônicas como a AIDS existem particularidades que devem ser levadas a efeito e receber atenção diferenciada. É o caso da atenção e cuidados com a adesão ao tratamento.


A ação de tomar os medicamentos, no caso da AIDS, deve ser administrada de forma regular, diariamente e, em alguns casos, várias vezes por dia e com vários tipos de drogas diferentes. São necessários pelo menos 95% (Bartlett et al 2002) de tomadas efetivas e corretas suportando os efeitos adversos extremamente incomodativos inerentes ao tratamento. A tarefa é desafiadora e definitivamente merece a maior atenção. Por essa dificuldade de medição de adesão, afirmamos aqui que a adesão ao tratamento é momentânea: o (a) paciente “está ou não está” aderente naquele momento.


A baixa adesão ao tratamento anti-retroviral traz consigo conseqüências que terão impacto na saúde individual daquele (a) paciente, no seu núcleo familiar, na sua comunidade, cidade e situações ulteriores. Não é exagero afirmar que a adesão ao tratamento pode ter até mesmo impacto mundial.


A adesão ao tratamento tem diversas implicações. Abaixo selecionamos algumas para destacar a importância de se investir no tema:


 Alto custo: Embora boa parte dos tratamentos anti-retrovirais já tenham sua fabricação em laboratórios brasileiros, o que diminui sensivelmente as despesas com os tratamentos para AIDS, os valores ainda são muito altos. Dentro das possibilidades de combinações de medicamentos existem diferentes custos dos tratamentos, sendo os mais caros em geral importados e usados para resgate de pacientes em falha terapêutica. O fato de o (a) paciente estar aderente ao tratamento faz com que ele permaneça longos períodos usando as mesmas drogas o que beneficia sua qualidade de vida, pois encontra-se habituado à rotina

daquele tratamento inclusive superando possíveis efeitos colaterais. As trocas produzem novos efeitos colaterais e supõe progressão da doença. A tendência nas trocas é a utilização de medicamentos mais caros e com condições cada vez mais restritivas. As trocas de medicamentos podem ocorrer por intolerância medicamentosa e/ou, na maioria dos casos, por falha terapêutica (falha virológica, imunológica, clínica ou óbito). As falhas terapêuticas têm sua causa marcada pela falta de adesão ao tratamento em grande parte dos casos (Bartlett et al 2005). O investimento em adesão economiza em uso de tratamentos anti-retroviral com menor custo e estando aderente o (a) paciente terá sua imunidade controlada não onerando o erário público com internações hospitalares, medicamentos para doenças oportunistas, auxílio doença e aposentadorias.

 O desenvolvimento de linhagens virais resistentes é uma das principais razões da falha terapêutica. Mesmo considerando outros fatores como resposta metabólica do indivíduo, adequação precisa de dosagens a adesão ao tratamento é parte chave para evitar a disseminação de cepas virais resistentes. Existem dois tipos de resistência: a primária e a secundária. A resistência primária é aquela existente antes do uso de medicamentos o que pode significar uma contaminação por um vírus resistente. A secundária acontece pela seleção produzida pelo vírus ao uso incorreto dos remédios, por exemplo. Isso ocorre pelas características mutagênicas do vírus e sua capacidade de evadir-se do sistema imune e criar resistência as drogas. Uma pessoa que não esteja fazendo tratamento produz milhares de vírus/dia dando oportunidade de diversas mutações. Tais mutações, em geral, não conseguem se fixar, pois compete com outros milhares de vírus no limitado arsenal de células. Porém, dado o início do tratamento os vírus sensíveis são eliminados ficando os resistentes. Aumentando, portanto, as chances de eles encontrarem células para se reproduzirem.

 A adesão aumenta a eficácia do tratamento, pois aprendendo a usar corretamente os medicamentos e tendo conhecimento sobre todos os aspectos da epidemia o (a) paciente extrairá os benefícios da terapia escolhida para seu tratamento.

 A não adesão ao tratamento progressivamente produz piora clínica, resistência viral e onera os cofres públicos.

 Redução das opções terapêuticas futuras tanto para os (as) pacientes não aderentes quanto para os indivíduos que venham a infectar-se com eles.

No contexto da adesão ao tratamento com anti-retrovirais a vulnerabilidade é peça chave na condução dos trabalhos. Entende-se aqui como vulnerabilidade "*o esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV/AIDS, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado dos aspectos sociais (ou contextuais), pragmáticos (ou institucionais) e individuais (ou comportamentais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento*" definido por Ayres et al (1997).

Em um programa de adesão ao tratamento deve-se observar além da multidisciplinaridade dos campos do saber a observação dos fatores de risco determinantes da não adesão, de forma a tentar abordar, se não todos, boa parte deles para minimizá-los e aumentar as chances de sucesso:


🚫 É fato que a adesão ao tratamento tende a decair ao longo do tempo. Mesmo aqueles pacientes que são considerados aderentes apresentam queda. Portanto, ao analisar a adesão ao tratamento há que se levar em conta se os (as) pacientes estavam ou não aderentes naquele momento. Por isso as ações em saúde que atuam na adesão ao tratamento anti-retroviral devem ser permanentes.


🚫 Alguns estudos concluíram que a adesão ao tratamento pode estar relacionada ao número de comprimidos utilizados para a terapia. Existem medicamentos que são mais fáceis de engolir. E o número de tomadas diárias também tem influência na adesão. Por isso, quando possível, procurar por terapias menos intrincadas.


🚫 Sem dúvida a relação médico-paciente tem influência direta na adesão ao tratamento. Se o relacionamento flui e o (a) paciente observa confiança na terapia indicada pelo médico existem chances do (a) paciente estabelecer boa relação com os medicamentos. A equipe de saúde de um modo geral pode e deve trabalhar em conjunto em todas as questões que envolvem a assistência em AIDS. Para adesão é fundamental a manifestação de apoio e acolhimento. A segurança que a equipe demonstrar no trato com o (a) paciente terá reflexos na adesão.


🚫 O acesso do (a) paciente ao Serviço de Saúde costuma ser ponto chave na adesão ao tratamento. A facilidade em marcar consultas e exames, em especial quando feitas por telefone, tem facilitado aos pacientes cumprir com as tarefas


da assistência. Por outro lado, em alguns casos, a facilidade de acesso às consultas e exames causa problema como o alto índice de inadimplência. Quanto ao acesso aos medicamentos existe relação direta entre a facilidade de retirada e adesão ao tratamento. O (a) paciente não aderente poderá se utilizar desta dificuldade para não comparecer.


 Situações pessoais como falta de emprego e problemas financeiros costumam atrapalhar qualquer área na vida das pessoas. Para o (a) paciente com HIV/AIDS não é diferente.

 Estrutura familiar e/ou comunitária (suporte social e qualidade de vida). O suporte familiar é um ponto significativo para o bom andamento da adesão ao tratamento. É importante o apoio familiar para o (a) paciente. A AIDS é uma doença estigmatizada e existe muito preconceito ainda nos nossos dias. Lutar contra o preconceito e trabalhar a auto-estima são pontos que favorecem a adesão ao tratamento.

 Combater o isolamento social. Especialistas como John Cacioppo afirmam que o isolamento social prejudica a saúde e pode ser tão nocivo quanto fumar ⁵. É importante promover grupos de ajuda ou no nosso caso Grupos de Adesão ao Tratamento.


 Questões relacionadas ao diagnóstico. A questão da revelação ou não do diagnóstico é uma questão bastante delicada. Em geral, os pacientes mais bem resolvidos sobre essa questão têm maiores facilidades com a adesão ao tratamento, uma vez que, não escondem tomadas e medicamentos, por exemplo. É salutar auxiliar os pacientes sobre esse aspecto para que possam lidar melhor e mais tranquilamente com seus tratamentos e suas tarefas de assistência.


 A escolaridade é um ponto importante a se observar na construção de um programa para melhorar a adesão. O letramento pode ser um obstáculo para entendimento das atividades necessárias. Fórmulas complicadas de posologia favorecem aos pacientes que sabem ler. No entanto para aqueles que não sabem torna-se impraticável. É necessário um atendimento especial aos pacientes com dificuldades com a leitura e principalmente com interpretações.


 A idade dos pacientes também influencia na adesão ao tratamento. Boa parte dos jovens, até mesmo por sua irreverência natural, não estão propriamente


⁵ Informação retirada do site da BBC Brasil http://www.bbc.co.uk/portuguese/noticias/2009/02/090217_solidadodanocrebro_mv.shtml

interessados nos detalhes da assistência. Em contraposição os idosos possuem, em alguns casos, prescrições para outras enfermidades o que pode confundir pela quantidade. Além disso, o desafio clínico de tratar a população idosa pelas questões subjacentes que envolvem entre outras a tolerabilidade, toxicidades e eficácia das combinações.


 Presença de doença oportunista no momento do diagnóstico. A presença de doença oportunista pode indicar o estágio em que a doença se encontra. Por esse motivo, complicadas e complexas medidas devem ser tomadas pela equipe médica sem tempo de explicações detalhadas para o (a) paciente. O impacto do diagnóstico somado ao regime clínico, laboratorial e medicamentoso tem influencia na adesão, pois o (a) paciente torna-se apenas coadjuvante no contexto. Para uma adesão sustentada exige-se tempo, paciência, entendimento e confiança entre as partes envolvidas.

 Efeitos colaterais das terapias. Com relação a esse aspecto haverá sempre a seguinte relação: quanto mais efeitos colaterais menos adesão ao tratamento. Regimes complexos e restritivos nas suas formas de administrar constituem obstáculos a ultrapassar. A procura por tratamentos “fáceis” e sem efeitos adversos evidentemente será sempre aliada da adesão.

 O tempo de diagnóstico. Em geral, o tempo de diagnóstico está relacionado com a adesão. Sentir-se doente, pode em determinados pacientes, melhorar a adesão. Os (as) pacientes mais antigos, por vezes, já passaram por doenças oportunistas e ao fazer os tratamentos vão gradativamente melhorando e com isso percebendo a ação dos medicamentos. Pacientes com diagnóstico recente e sem doenças oportunistas costumam ser mais incrédulos quanto ao uso dos fármacos por que não “sentem” a doença. Pelo contrário, em muitos casos, sentem os efeitos colaterais o que pode consciente ou inconscientemente causar o efeito “passei a sentir-me mal após iniciar os medicamentos”. O tempo de diagnóstico pode ser um aliado se bem conduzido, devendo o profissional de adesão observar caso a caso para adequar as abordagens de acordo com a situação apresentada.

 Uso de substâncias ilícitas. Pacientes usuários de drogas devem ter acompanhamento especializado de adesão junto ao Programa de Redução de Danos (RD), quando disponível. A linguagem e abordagens de adesão são

específicas e necessita de profissionais experientes para surtir os efeitos desejados.

 Uso de substâncias lícitas. As substâncias como álcool e psicotrópicos também merecem atendimento especializado para extrair o melhor nível de adesão destes pacientes.

A Comunicação em Saúde e a Adesão à Terapia Anti - retroviral

Estudos na área de Comunicação em Saúde vêm se afirmando como um movimento relevante. São campos novos com vasta abrangência de exploração demonstrando a imprescindível necessidade das informações, avanços e descobertas em saúde chegar ao grande público de forma consistente observada as diferentes realidades atingidas.

Uma gama de novas descobertas em todas as áreas é arremessada nos meios científicos através de publicações. Via de regra as pesquisas são, em algum grau, para atender as necessidades humanas, por tanto sua divulgação não deve restringir-se aos meios acadêmicos e publicações limitadas. Deve ser o mais democrática possível, caso contrário sua produção não terá sido justificada. Graças ao esforço conjunto o tema ganha espaço e mérito para a tomada de decisão a gestores públicos na elaboração de políticas públicas.

A Comunicação em Saúde propõe levar ao conhecimento popular, em linguagem clara e objetiva, os aspectos referentes aos cuidados com a saúde: prevenção, assistência, tratamento e acompanhamento. Atua no que passou a chamar-se “Alfabetização em Ciências” ou “Comunicação/Educação em Saúde” (Bizzo 2002). No âmbito da saúde é necessário transpor visões simplistas da comunicação como um processo de transmissão e recepção de informações de um emissor a um receptor. Esse modelo moderado não da conta ao decurso da circulação da mensagem, suas transformações e apropriações pelos diferentes atores envolvidos.

Dentro do contexto de Instituições de Saúde como postos de saúde, hospitais, clínicas e ambulatórios, por exemplo, a comunicação é, além de formal, impositiva. A começar pela recepção de atendimento nas instituições passando pelas receitas médicas até a liberação do (a) paciente das tarefas ditas institucionais. Nada favorece a comunicação. Predomina o modelo biomédico.

Populações de baixa receita e que possuem poucos anos de estudo quando utilizam o serviço de saúde acabam por ter sérias dificuldades como ler e entender prescrições, funcionamento logístico do local (agendamentos, documentos necessários, circulação, indicações), instruções clínicas, interpretação de exames, utilização de insumos e materiais educativos. O nível de letramento e a linguagem técnica em geral

utilizada pela equipe de saúde são antagonísticos oferecendo ambiente propício para ruídos de comunicação.



Crédito: Amaldo Angeli Filho - cartunista

Diante da formalidade e da linguagem hermética do discurso científico aparecem equívocos que podem trazer muitos transtornos. Para o dia-a-dia, o leigo utiliza o conhecimento empírico, mas quando trata-se de conhecimento analítico é necessário que a Comunicação em Saúde se mostre eficiente para explanações de mecanismos fisiológicos, por exemplo. Uma falha na comunicação ou o que não for bem compreendido gerando dúvidas - a comunicação terá sido um desserviço. Sob essa óptica, esse seria o grande nó da divulgação científica em saúde: ser amplamente difundida sem perder a precisão.

Existe um ponto de equilíbrio entre a reprodução do discurso médico ouvido pelo paciente e a puerilidade do discurso imprimido por parte dos profissionais de saúde na tentativa de oferecer compreensão ao paciente. Tanto o discurso hermético quanto a infantilização podem causar sentimentos de incapacidade e/ou banalizar a doença. Objetiva-se com a educação em ciências ao empoderamento do sujeito como agente e não receptor passivo de informações, tornando-o autônomo diante da sua condição de saúde. Em outras palavras torná-lo cuidador de si mesmo! O chamado “empowerment”.

A persuasão impressa através dos padrões adotados principalmente pela medicina preventiva predica normas e padrões que em muitos casos não condizem com a realidade do indivíduo, da comunidade ou do grupo ao qual se dirige. A transferência de informação pura e simples pode não surtir os efeitos desejados bem como pode ocasionar o efeito contrário!

As abordagens “multidimensionais” trás a luz a responsabilidade individual e coletiva salutar ao processo de autonomia que indicam mudanças de hábitos e atitudes conscientes.

É necessário considerar as questões específicas de cada situação, epidemia, surto, enfermidade e suas ligações superficiais ou não com a estrutura social tanto do grupo quanto de cada indivíduo.

As campanhas de massa em casos de saúde devem ser utilizadas com cautela. Algumas questões específicas na saúde não são atingidas por campanhas massificadas justamente por suas especificidades. A questão das campanhas de AIDS, por exemplo, lidam com vários tipos de públicos. A título de simplificação nos deteremos em dois grupos: para aqueles que não têm AIDS (campanhas de prevenção) e para aqueles que a tem. As campanhas de prevenção de massa tendem a acometer dizendo que “AIDS mata”. De outro lado, está o (a) paciente com AIDS, aos quais as equipes de saúde, em pouca proporção, se esforçam para mantê-los aderentes aos tratamentos dizendo “Viver com AIDS é possível”. A campanha de massa nesse caso é questionável, pois na iminência do ato sexual (onde a transmissão do vírus HIV é extremamente exequível) a campanha não surtirá o efeito desejado. Já ao paciente que está com a doença, o peso das palavras terá tido incursão negativa. Já as campanhas de doação de órgãos, utilizam com sucesso as mídias de massa. Isso ocorre porque a população atingida por essas campanhas, embora guardem diferenças entre si convergem para uma escolha familiar entre doar ou não doar. Ainda que seja uma decisão difícil em um momento delicado há apenas duas possibilidades.

O desafio da Comunicação em Saúde nas questões da AIDS está na compreensão dos pacientes sobre os meandros da doença. Para o bom andamento das atividades que envolvem a assistência em AIDS é necessário que o (a) paciente conheça como tudo se processa para sustentar confiança nos procedimentos adotados pela equipe de saúde e que produza escolhas próprias e conscientes. A adesão está intimamente ligada à noção de suscetibilidade que o indivíduo possui. Quanto mais informado estiver mais chances terá de ser protagonista de sua própria existência e também se tornar responsável por suas escolhas.

A Comunicação em Saúde há muito deixou de ser um simples processo de transmissão de informação de um emissor a um receptor. Só será eficiente para a promoção da saúde se o indivíduo assimilar o conhecimento e dele extrair o que lhe for conveniente. Isto é, ao realizarmos qualquer tipo de intervenção com informação em saúde devemos ter em mente que esta ação tem por finalidade melhorar o bem estar de um indivíduo, grupo ou coletividade. Assim, deve ser preocupação do comunicador em

saúde certificar-se de que essa informação chegou de forma satisfatória, ou seja, se foi entendida!



Crédito: Amaldo Angeli Filho - cartunista

Dentro da assistência em AIDS cabem todos os saberes, cada um com seu olhar, sua especialidade e seu compromisso. Em saúde todos os profissionais são bem vindos, uma vez que somam possibilidades diferentes de empoderamento de conhecimentos importantes para a promoção da saúde. Desde que um não se sobreponha ao outro e os espaços e as profissões sejam respeitadas. Por tanto, “...não é qualquer um que pode dizer a qualquer outro qualquer coisa em qualquer lugar e em qualquer circunstância.” (CHAUÍ: 1980). O profissional de Comunicação em Saúde deve ter habilidades específicas e dedicar-se ao aprendizado para realizar o ofício com qualidade e responsabilidade. No caso específico da AIDS existem milhares de materiais produzidos para auxiliar na educação/informação/comunicação. Há que se ter muito cuidado com as palavras, as expressões e principalmente com os termos técnicos. Pode-se não estar atingindo os objetivos pela inadequação do arranjo comunicativo e, o que é pior, pode-se confundir e até mesmo produzir situações desastrosas. É necessário planejamento multidisciplinar e ardo trabalho em equipe sempre prestando muita atenção e verificando se as ferramentas utilizadas estão adequadas através de constante *feedback*. Procedimento muito utilizado na comunicação social e que “consiste no provimento de instrução sobre o desempenho, conduta, eventualidade ou ação executada objetivando orientar, reorientar, adaptar e/ou estimular ações de melhoria sobre as atuações futuras para aquelas executadas anteriormente”⁶. Isto é, ser contumaz na investigação dos resultados das intervenções em Comunicação em Saúde realizadas.

⁶ Definição retirada do site Wikipédia. (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Feedback>)

Por esses e tantos outros motivos que Programas de Adesão ao Tratamento (PAT) estão alcançando espaço com sucesso como parte da assistência em AIDS. A diversidade e complexidade dos procedimentos e tratamento para pacientes infectados pelo HIV merecem as melhores estratégias tanto para conter o avanço da epidemia quanto para melhorar e facilitar a vida das famílias envolvidas.

Capítulo III

Material e Métodos

Este estudo foi realizado no município de Alvorada situada a 16 km de Porto Alegre – RS. O projeto Doses de Comunicação aconteceu nas dependências da Unidade Básica de Saúde de Alvorada conhecida como Posto 8. A parte física destinada a Coordenação de DST/HIV/AIDS de Alvorada/RS é composta por consultórios médicos, farmácia de dispensação de anti-retrovirais, sala de administração, área de espera, sala de palestras e uma área separada para atendimento da tuberculose. O restante da estrutura física do posto é destinado a outras especialidades que eventualmente são utilizadas pelos pacientes com DST/HIV/AIDS para assistência e tratamento das doenças oportunistas. Para o projeto foi destinada uma sala/consultório onde eram realizadas as Consultas de Adesão. Para os Grupos de Adesão primeiro foi destinado o auditório. Em seguida fomos para uma sala de palestras e finalmente para uma sala/consultório que adaptamos para realizar os encontros. A Equipe de Saúde disponível para assistência é formada por: coordenação, ginecologista/obstetra, infectologista, pediatra, enfermeira, dispensador de medicamentos, auxiliar administrativo, auxiliar de enfermagem e assistente social. Para a realização do Ciclo de Palestras contamos com profissionais da saúde e de outras áreas que atuaram como palestrantes.

Os critérios de seleção dos participantes foram: adultos, de população geral (homens e mulheres) em uso de terapia anti-retroviral (ARV) combinada com pelo menos três drogas. Os (as) pacientes participantes do estudo deveriam ter acompanhamento de exames de Carga Viral e CD4 com datas não maiores que três meses a contar do início de nossa intervenção.

O período de aplicação do projeto foi entre abril de 2008 a julho de 2010. A amostra constituiu-se de 36 indivíduos representando em torno de 11% do total de pacientes em condições de participar do estudo. Isto é, dos 306 pacientes, que em média retiram medicamentos, segundo a estatística do setor de dispensação farmacêutica do ambulatório de DST/AIDS de Alvorada, 36 pacientes representam 11,76% da população apta a participar. Passaram pelo projeto em torno de 100 pacientes, no entanto, apenas 36 tinham pelo menos dois exames de CD4 e Carga Viral para verificação da evolução e

comparação entre os pontuadores clínicos importantes para nosso estudo. Embora a orientação do Ministério da Saúde seja realizar os exames pelo menos três vezes ao ano (ou seja, a cada 4 meses) a prática mostra defasagem. Ocorre falta de material nos laboratórios conveniados para realização dos exames, inadimplência nas datas de coleta e nas consultas médicas onde os exames são solicitados. Por esses motivos, muitos pacientes não puderam entrar no estudo até o momento. Alguns pacientes possuíam apenas um exame de CD4 e um de Carga Viral ou dois de um exame e apenas um do outro, as vezes não havia exames e alguns pacientes estavam com coleta marcada com data posterior a escrita deste trabalho. Isso impedia não só as avaliações de adesão como comprometia todo o acompanhamento clínico dos (das) pacientes bem como as escolhas da equipe de saúde.

Descreveremos a seguir, por atividades, como se deram os procedimentos metodológicos do nosso estudo. Após todas as questões burocráticas atendidas para a realização do projeto (como definições dos locais de captação, processamento e inquirição dos pesquisados, aprovação no comitê de ética, definição do material utilizado, etc.) seguimos a seguinte ordem metodológica de atividades:

⌘ Divulgação do projeto: Nos corredores do Ambulatório foram afixados cartazes com o nome do projeto convidando-os a participar do estudo. Nas consultas médicas e na dispensação de medicamentos foi distribuído um folder explicativo com mais detalhes sobre o projeto. (Anexo 3)

⌘ Captação de pacientes: Nos corredores do Ambulatório e após as consultas médicas os (as) pacientes foram abordados para participação.

⌘ Assinatura do Consentimento informado: Na sala de consultas de Adesão foi explicado ao paciente detalhadamente o projeto, sua finalidade e sua confidencialidade. Só após o documento era assinado. (Anexo 4)

⌘ Aplicação do Questionário de Informação Basal sobre DST/HIV/AIDS: Na sala de Consultas de Adesão foi preenchido o Questionário de Informação Basal sobre DST/HIV/AIDS (Anexo 5). Após, o (a) paciente foi informado e encaminhado ao Grupo de Adesão ao Tratamento.

⌘ Aplicação do Questionário de Informação Secundário sobre DST/HIV/AIDS: Após responder ao Questionário de Informação Basal o (a) paciente era submetido aos Grupos de Adesão e Consultas de Adesão onde foram dadas informações que serão mencionadas a seguir. Novamente o (a) paciente era inquirido com as mesmas perguntas do primeiro questionário

(Anexo 5). Eram comparados os dois questionários para verificação das alterações nos acertos, erros e respondidos como “não sei”.

✂ Grupo de Adesão ao Tratamento: Os (as) pacientes acessados foram informados sobre o Grupo de Adesão ao Tratamento, onde passaram por 10 Módulos que trataram de assuntos considerados imprescindíveis ao bom andamento da adesão ao tratamento. Nesse espaço os profissionais da equipe de saúde de Alvorada e convidados contribuíram nas informações para que além de adesão ao tratamento o (a) paciente também tivesse adesão ao Serviço de Saúde. Os módulos tinham frequência semanal reiniciando ao final do 10º Módulo para que os faltantes pudessem passar por todos os módulos. Cada módulo era dividido em duas partes. Na primeira eram abordados assuntos relacionados ao módulo anterior e introdução teórica sobre o assunto do dia. Durando em torno de 1 hora e meia. Acontecia um intervalo para lanches de 15 minutos e após o especialista do tema abordava o assunto mais especificamente. Outra hora e meia era utilizada para essa explanação. Ao final um espaço de 15 minutos ou mais para perguntas e considerações finais. Cada módulo tinha, portanto 3 horas e meia de duração. Ao final dos 10 módulos os (as) pacientes passaram por no mínimo 35 horas de aulas.

O questionário aplicado era composto por questões fechadas, abertas e um quadro de lembrança de tomada de medicamentos (anexo 5). As perguntas eram realizadas assim que o (a) paciente concordava em participar do estudo e assinava o termo de consentimento.

Outro documento que chamamos de Ficha Individual continha informações com dados pessoais dos (das) pacientes, tipo de medicamentos utilizados, dosagens, orientações de posologia, exames, presença nas consultas entre outras informações que eram pesquisadas nos prontuários médicos. (Anexo 6)

As consultas nos prontuários médicos foram fundamentais, pois neles consta todo o histórico clínico dos (das) pacientes bem como o histórico de todos os exames realizados. Também do prontuário eram extraídas anotações da dispensação de medicamentos, do apoio social, psicológico e de outros profissionais assistente. As impressões obtidas por este estudo com relação às atividades de adesão também eram impressas nesse documento. De forma que este instrumento de Comunicação em Saúde

é uma importante ferramenta para auxiliar a todos os profissionais envolvidos a atuar em sua área específica.

Foram utilizados para os Módulos e exposições individuais materiais didáticos do tipo impressos (apostila, textos e figuras), audiovisuais (slides, música, vídeos e filmes), próteses anatômicas (corpo humano, modelos celulares, etc.) e recursos da rede mundial de computadores (anexo 7).

Os conteúdos dos módulos descritos abaixo são uma amostra das apresentações:

Módulo 1: O que é adesão ao tratamento?

Tratamos da metodologia dos Grupos de Adesão como local, horários, funcionamento, cronograma, participações, certificados, benefícios, material didático, tempo de atividades, etc. Explicações básicas do funcionamento do projeto e conceito de adesão ao tratamento.

Módulo 2: Conhecendo o vírus

Foram abordadas, em linguagem adequada, a origem e transmissão viral, morfologia e fisiologia do vírus, funcionamento do ataque viral nas células de defesa do organismo humano, etc. Esse módulo, por vezes, foi dividido em duas partes pela importância e dificuldade do tema. Usamos vários modelos celulares e virais bem como vídeos disponíveis e site da rede mundial de computadores. É importante dentro do nosso contexto o entendimento deste módulo para melhor assimilação sobre o funcionamento da doença e a melhora da adesão ao tratamento.

Módulo 3: Os tratamentos

Abordagem sobre os tipos de tratamentos existentes, grupos de medicamentos, terapias combinadas, exercícios de nomear e identificar os tratamentos dos (das) pacientes presentes. Observamos as cores, os tipos, os tamanhos, as embalagens, as formas de acondicionamento, as frequências de tomadas, as posologias diferenciadas e individualizadas conforme indicação médica, etc. Abordamos também onde os medicamentos atuam dentro do ciclo viral. Ressalta-se aqui a importância do entendimento do Módulo 2 para acompanhamento deste Módulo.

Módulo 4: Os efeitos colaterais/adversos dos medicamentos

Abordagem sobre os efeitos dos medicamentos e como amenizar possíveis efeitos adversos. Informações sobre restrições alimentares e outras formas de ingestão dos medicamentos conforme as orientações médicas, farmacêuticas e dos fabricantes, etc.

Módulo 5: As doenças oportunistas

Abordagem sobre as doenças oportunistas causadas pela presença do vírus no organismo. Como identificá-las, onde procurar auxílio, como agir diante de emergências, telefones e endereços importantes, etc. Reforçamos a relação das contagens de células TCD4+ e o aparecimento das doenças oportunistas.

Módulo 6: Conhecendo e interpretando os exames

Abordagem sobre o exame diagnóstico e marcadores. Interpretação das medidas dos exames de forma a identificar a evolução da doença. É importante que o (a) paciente consiga identificar sua trajetória de saúde pontuando se houve melhora ou piora em seus exames clínicos. Para isso explicações sobre o exame de CD4 e Carga Viral foram dadas e exemplificadas. Abordamos também aspectos dos exames de diagnóstico, pois alguns pacientes têm dificuldades de aceitação da doença.

Módulo 7: Reinfecção e uso de preservativos

Definição de reinfecção, uso correto do preservativo feminino e masculino, formas de negociação dos preservativos com parceiros sexuais, informações sobre adequação de preservativos as formas particulares de uso, tipos e tamanhos, composição e modelos de preservativos, endereços para retirada gratuita do insumo, etc. O uso do preservativo é parte importante da adesão ao tratamento à medida que evita a infecção e reinfecção.

Módulo 8: A combinação, álcool, drogas e medicamentos

Abordagem sobre o uso e abuso de drogas (lícitas, ilícitas e psicotrópicos), interações medicamentosas, informações sobre programas de redução de danos, etc. O uso de drogas ilícitas e álcool é comum entre os (as) pacientes. E alguns deles costumam interromper os tratamentos para administrá-los. É importante saber as interações das drogas e álcool com os medicamentos para dentro do possível realizar a chamada Redução de Danos (RD).

Módulo 9: Direitos e deveres






Abordagem sobre os benefícios concedidos aos portadores de HIV e doentes de AIDS. Documentos necessários, telefones e endereços e importantes, noções de cidadania, etc. Esse ponto é importante para o público atingido por nosso estudo, pois muitos deles estão sem condições de trabalho e, portanto mais vulneráveis a não-adesão.

Módulo 10: Identificando pessoas e locais de ajuda

Identificar pessoas (amigos, familiares, cuidadores) que possam ajudar, orientações profissionais (psiquiatras, psicólogos, auto-ajuda), programas de geração de renda e aperfeiçoamento profissional, adaptação de rotinas, etc.

Durante os Grupos de Adesão e as Consultas de Adesão insumos foram distribuídos como preservativos (femininos e masculinos), Kit Adesão (composto por pasta transversal com porta squeeze, squeeze, camisetas e porta medicamentos), cartilhas, materiais impressos e outros.

Em termos gerais e utilizando as variadas técnicas e ferramentas de comunicação disponíveis avaliamos os (as) pacientes em:

-  Seu nível de informação sobre a doença;
-  Seu desempenho como paciente;
-  Sua capacidade de apreensão de informação dada;
-  Sua atitude de mudança de hábito;
-  Seu nível de adesão ao tratamento.

Capítulo IV

Resultados, Análise dos Dados e Discussão

Nosso estudo foi realizado no ambulatório de DST/AIDS do município de Alvorada, cidade metropolitana de Porto Alegre no Rio Grande do Sul. Alvorada é uma cidade com pouco mais de 200 mil habitantes. O Ambulatório de DST/AIDS está instalado junto a uma Unidade de Referência em Saúde do Município, de localização central, o que facilita o acesso dos (das) pacientes.

“Na população atendida verifica-se um aumento da pauperização, através do crescente desemprego, busca por auxílio doença e aposentadoria, vale transporte e cestas básicas. Observa-se também um crescente aumento nos casos de usuários de drogas entre a população geral e a atendida pelo serviço, principalmente o uso do crack, o que tem aumentado o número de casos de co-infecção TBC/HIV e o número de óbitos, além do aumento nos casos de prostituição, violência doméstica e moradores de rua. Em relação ao uso de ARV, até junho de 2009 uma média de 306 pacientes retira a medicação. A taxa de abandono é alta, assim como o número de pacientes que não retiram a medicação de forma regular.” Marlova Gomes – coordenadora de DST/HIV/AIDS de Alvorada - RS (www.aids.gov.br/incentivo).

Os (as) pacientes eram na maioria pessoas com poucos anos de estudo, em geral não completaram o ensino fundamental (58,33%). Apenas um paciente possuía curso superior (2,77%). Três pacientes eram analfabetos (8,33%), 7 não concluíram o ensino fundamental (19,44%), 2 possuíam o ensino médio completo (5,55%) e 2 o ensino médio incompleto (5,55%). Esperávamos que esse aspecto fosse influenciar sobremaneira no andamento da pesquisa. Baker (1999) diz que pessoas com letramento deficitário ao utilizar os serviços de saúde tendem a dificuldades ao cumprimento das tarefas de assistência como prescrições, agendamentos e materiais educativos. Williams (2002) acrescenta que agravando o problema a linguagem especializada utilizada pelas equipes de saúde frequentemente não é entendida pelo usuário do sistema de saúde. Mas ao aplicarmos as Consultas de Adesão e os Módulos de Adesão pudemos perceber que quando utilizada a linguagem e técnicas apropriadas a comunicação flui de forma natural e a informação acontece. O baixo nível de estudo formal dos (das) pacientes não influenciou no entendimento sobre as práticas em saúde em DST/HIV/AIDS. Diferente

dos achados da maioria das pesquisas onde variáveis sócio-econômica, como baixa renda, mostram-se fator de risco e freqüentemente associada a não adesão. Observou-se sim na aplicação do primeiro questionário falta de informação sobre as questões básicas da assistência em HIV/AIDS. Entretanto após as intervenções com educação/informação/comunicação em saúde a que nos propusemos os (as) pacientes mostraram assimilação de conhecimento como mostraremos mais adiante.

Mais de 100 pacientes passaram pelo projeto durante sua vigência. No entanto, somente 36 deles puderam entrar no estudo até o momento, uma vez que, atenderam a todos os critérios de inclusão como possuir dois exames de Carga Viral e CD4 para comparação. Nesta amostra eram homens 58% (21 pacientes) e mulheres 42% (15 pacientes).


O primeiro ponto da pesquisa observou a popularização de termos técnicos amplamente utilizados na mídia e em materiais impressos direcionados à pacientes com HIV/AIDS através do questionário de Informação Basal. O (a) paciente respondia sim (já ouvi essa palavra) ou não (não ouvi essa expressão). Do total de pacientes 52,3% responderam conhecer os termos técnicos apresentados contra 47,7% que não conheciam as palavras. Dos termos apresentados a palavra linfócitos teve 80,55% de pacientes respondendo desconhecê-la. Empatados com 86,12% pacientes cada, CD4 e Carga Viral foram os termos mais conhecidos do público. Configuraram com altos índices de desconhecimento palavras como reinfeção (77,77%) e janela imunológica (61,11%). O termo anti-retroviral é incógnito para 38,88% dos participantes deste estudo. A discussão sobre este aspecto revelou um preocupante descompasso em respeito ao vocabulário utilizado na mídia e o entendimento da população. Atentamos para o fato de que os (as) pacientes que ouviram falar no termo não necessariamente sabem seu significado. A questão marcante e que mereceu atenção foi o grande número de pacientes que assumiram não conhecer os termos. Palavras como anti-retrovirais fazem parte tanto do dia-a-dia dos (das) pacientes quanto invariavelmente compõe as mídias informativas utilizadas para esse público. Isso implica em dizer que boa parte da população a quem se destinam os materiais ignora seu conteúdo. A rotina de exames periódicos específicos a que são submetidos os (as) pacientes popularizou termos como CD4 e Carga Viral. Porém não se pode afirmar aptidão para a sua correta interpretação. Esse resultado nos permite refletir que somente a legítima compreensão será útil para a

promoção da saúde e o desafio recai em fortalecer a difusão científica sem perda de rigor e precisão.


Analizamos o questionário de Informação Basal no que tange o conhecimento sobre a doença através de 24 questões fechadas que reunimos em 3 grupos temáticos com 8 questões cada. Os assuntos variaram entre interpretação de exames, transmissão viral e uso de medicamentos. O teor das perguntas estava relacionado às práticas básicas do cotidiano de pacientes com HIV/AIDS onde o (a) paciente respondia verdadeiro (V) falso (F) ou não sei (NS). Consideramos acertos e erros de acordo com gabarito apresentado no questionário de Informação Basal (Anexo 5).

As questões do grupo medicamentos tiveram maior nº de acertos (74%) seguidos pelo grupo transmissão viral (70%) e exames (50%). As questões assinaladas incorretamente foram as do grupo medicamentos (13,5%), exames (12,2%) e transmissão viral (9%) seqüencialmente. Responderam não saber em maior número no grupo exames (37,8%). O grupo medicamentos concentrou tanto o maior nº de acertos quanto de erros. Isso nos permite refletir que embora os (as) pacientes saibam da importância dos remédios existem equívocos quanto a seu uso. Os acertos do grupo medicamentos estão relacionados à insistência sobre tema pela equipe de saúde, pois esse é ponto fundamental da assistência em AIDS. Essa ação conjunta parece surtir efeito positivo sobre o (a) paciente. Resta saber se as atitudes correspondem ao entendimento. Para efeitos de adesão ao tratamento não basta apenas ter o conhecimento, mas sim aplicá-lo ao cotidiano. Contudo a erudição sobre medicamento observado pela maioria é animador. Os 13,5% de pacientes que não acertaram a questão a erraram convictamente. Poderiam ter optado pelo item “não sei”. Esses (as) pacientes mereceram atenção redobrada, uma vez que, desconstruir conceitos é sempre desafiador podendo ter conseqüências como a desestruturação do indivíduo. Há que se ter cautela. O maior número de questões respondidas como “não sei” concentrou-se em questões relacionadas a exames apontando para uma relação de dependência dos profissionais de saúde para interpretá-los.

Analizamos também a questão mais acertada, mais errada e mais respondida como não sei:


 A questão mais acertada foi a de nº 20 onde afirmou-se: “*A pessoa portadora do HIV, mesmo sem ter sintomas, pode transmitir o vírus.*” Todos os (as) pacientes acertaram essa questão. Esse assunto foi abordado no intuito de verificar a

noção do (a) paciente sobre a transmissão do vírus mesmo sem sinais e sintomas da doença, ou seja, em qualquer tempo após a infecção. Ao responder corretamente todos os (as) pacientes demonstraram conhecimento sobre o fato da transmissão viral se processar independente do estágio em que a doença se encontra. Esperava-se que parte deles não acertasse essa questão, pois ainda hoje ouve-se a seguinte fala: “*ele(a) não parecia ter AIDS, por isso me relacionei sem preocupações*”. Seria preciso saber em que momento o (a) paciente se inteirou deste conhecimento - se antes ou após a infecção. Se depois da infecção, pode-se dizer que o assunto tornou-se naturalmente relevante pela própria condição de pessoa vivendo com AIDS. Se antes, mostra que, mesmo de posse da informação as pessoas permanecem vulneráveis e se expõem à infecção através de práticas sexuais desprotegidas. Apesar de ter conhecimento sobre o risco não realiza sexo seguro. Essa questão mostra que a informação pura, simples e isolada não produz mudança de comportamento. O sucesso das intervenções em Comunicação em Saúde dependerá do nível de penetração da informação e da vulnerabilidade percebida pelo sujeito.

 As questões mais erradas foram as de nº 9 e 17. Dos 36 pacientes 23 erram essas questões. Na questão nº 9 afirmou-se: “*O teste positivo para o HIV caracteriza que a pessoa tem AIDS*”. Ao errar essa questão nota-se o desconhecimento sobre a diferença entre ser portador do HIV e ter AIDS. É necessário que o (a) paciente entenda essa diferença para se inteirar sobre o estágio em que ele se encontra. O portador do HIV e o doente de AIDS recebem atenções diferentes. O portador do HIV deve acompanhar rigorosamente seu estado virológico para retardar ao máximo a queda de CD4 e o aumento de Carga Viral. É através do acompanhamento minucioso destes e de outros exames que se terá mais capacidade e tempo de estudar a atuação do vírus naquele indivíduo e ter mais chances de futuramente ser assertivo nas escolhas terapêuticas. Já a pessoa com AIDS, em geral, faz uso de medicamentos anti-retrovirais e possivelmente possa ter apresentado intercorrências de doenças oportunistas. Esses pacientes despertam outro grau de atenção da equipe assistente exigindo procedimentos muito mais complexos. É importante o paciente saber em que estágio se encontra para que elabore condutas favoráveis em prol da sua saúde.

Ainda sobre questões respondidas erradamente a questão 17 (empatada com 23 pacientes) versava: “*Meu (minha) companheiro (a) necessariamente tem que fazer o mesmo tratamento que eu*”. Ao responder que “*sim eu e meu companheiro temos que administrar o mesmo medicamento*” aponta para a idéia de que basta tomar os anti-

retrovirais para o controle virológico. Desconhecem que a combinação de medicamentos é estudada e escolhida de acordo com uma série de complexas condições específicas individuais. A equipe de saúde deve estar atenta principalmente aos casos de casais soroconcordantes alertando-os sobre os riscos e perigos de um usar os medicamentos indicados para o outro sob pena de criarem resistência viral e futuramente faltarem opções terapêuticas.

 A questão mais respondida como “Não Sei” foi a de nº 7.1: “*O vírus se multiplica no organismo utilizando-se de uma célula chamada CD4*”. A questão está ligada à termos técnicos que neste estudo mostrou uma tendência à transferência de conhecimento ao profissional de saúde. O grupo mostrou-se incapaz de traduzir os termos técnicos utilizados por parte das equipes. Esperam que os profissionais lhes digam e orientem sobre os resultados dos exames. O termo CD4 é popular aos pacientes porque são submetidos ao exame que leva o mesmo nome. No entanto, não sabem o que é como funciona e qual sua importância no contexto da doença. Salienta-se aqui que o fato de não saber torna mais fácil ao trabalhador da adesão ao tratamento explicar, orientar e exemplificar não só esse termo como outros utilizados na assistência a AIDS. Termos e situações enraizadas incorretamente exigem maior atenção, trabalho e dedicação do profissional, pois desconstruir é sempre mais difícil e arriscado.

Ao comparamos os questionário de Informação Basal e o questionário de Informação Secundário aplicado após as intervenções de comunicação observou-se o acerto de 100% das questões. Esses resultados foram realmente surpreendentes. Atribuímos o sucesso ao atendimento individualizado aos pacientes onde o reforço das questões erradas e/ou assinaladas como “não sei” foi insistentemente e exaustivamente abordado. Os temas foram tratados em variados formatos através exposições coletivas e individuais de modo que o assunto tivesse suas dúvidas completamente dirimidas. Antes das consultas individuais eram pontuadas as questões respondidas incorretamente e como “não sei” e abordadas de forma pertinaz. Procurou-se exemplificar aproximando à realidade do (a) paciente. Durante as consultas individuais os (as) pacientes eram questionados sobre as questões não acertadas para verificação se alguma dúvida ainda persistia. O (a) paciente era incentivado a explicar com suas palavras os pontos que não haviam acertado anteriormente. Acreditamos que essa prática tenha auxiliado sobremaneira os acertos no segundo questionário aplicado. Essa experiência de

repetições individuais só foi possível pela quantidade reduzida de pacientes. Com amostras maiores o tempo de estudo é que restringirá a individualização.

O uso de Grupos de Adesão é uma prática interessante à medida que ao participar das atividades coletivas os indivíduos têm a oportunidade de trocar experiências e vivências o que, em geral, alcança bons resultados. Perguntas e dúvidas surgem e podem ser também dificuldade de várias pessoas do grupo. Até mesmo as dicas informais podem auxiliar as pessoas vivendo com HIV/AIDS. No nosso estudo, porém, os Grupos de Adesão não funcionaram por falta de quórum. Os (as) pacientes relataram receio de encontrar parentes, amigos e conhecidos nos grupos. Principalmente aqueles que não revelam sua condição sorológica por motivos variados. Os Grupos de Adesão continuaram acontecendo, mas a média de pacientes presentes era entre 5 e 7 por encontro. Invariavelmente os mesmos é que participavam. A solução encontrada foi apresentar os Módulos individualmente nas Consultas de Adesão. O que significou um tempo muito maior para aplicação do projeto. No entanto, o resultado deste acompanhamento individual resultou no aproveitamento superior às expectativas.

Além das 24 perguntas fechadas perguntamos aos pacientes como reagiriam se fossem surpreendidos com a seguinte inquirição: “*Se alguém perguntar a você se você tem HIV/AIDS, o que você dirá?*” Assumem 27,77% (10 pacientes), Negam 30,55% (11 pacientes), Depende 30,55% (11 pacientes), Não responde 8,33% (3 pacientes) e Não sabe 2,77% (1 paciente).

Esse resultado mostra uma distribuição homogenia entre os que “assumem”, “negam” e falam que “depende” da situação. Ao perguntar sobre esse assunto tínhamos intenção de sondar o grau de enfrentamento da doença pelo paciente diante de outras pessoas e situações corriqueiras. O (a) paciente que assume sua condição sorológica, em geral, mostra uma posição mais dinâmica diante da doença. Isto é, utiliza uma postura de “não ter nada a esconder” que o liberta de procurar motivos para ocultar a doença. Pacientes que escondem, ao contrário, permanece boa parte do tempo em estado de alerta imaginando formas e meios de ocultar o que pode produzir isolamento e tensão diários. É necessário advertir ser a AIDS ainda interposta pelo estigma e discriminação. Aqueles pacientes que responderam “depende” parecem fazer uma seleção entre pessoas e situações em que ele pode revelar-se. Em termos de encaminhamento de adesão essa seria a conduta ideal, pois o (a) paciente faria escolhas no sentido de arrecadar pessoas para lhe auxiliar em suas atividades.

Em outra oportunidade perguntamos aos pacientes: “Comparando-se com uma pessoa na sua idade, nas mesmas condições de emprego, moradia, estudo, família. A única diferença entre vocês é o HIV. Um tem o outro não. Que nota você se daria? (De 1 a 5. Sendo que 1 a nota mais baixa e 5 a nota mais alta).”

	Nº de pacientes	Percentual
Nota 5	20 pacientes	55,55%
Nota 4	3 pacientes	8,33%
Nota 3	7 pacientes	19,44%
Nota 2	0 pacientes	0%
Nota 1	3 pacientes	8,33%

Notamos que mais da metade dos pacientes deram-se a nota máxima. A resposta vinha rapidamente seguida de comentários do tipo: “*ele(a) não é melhor que eu por não ter HIV*”. Isso mostra que existe auto-estima e a culpa que, em outros tempos se fazia fortemente presente, não se mostrou em boa parte dos pacientes estudados. Não sentir-se inferior a outras pessoas é um passo importante para a adesão ao tratamento. Apenas 3 pacientes deram-se nota mínima. Estes foram encaminhados ao serviço de psicologia e apoio oferecido pelo ambulatório numa tentativa de minimizar os efeitos negativos que a pouca estima demonstrou nesses pacientes.

Análise dos pontuadores de células TCD4+ e Quantificação Viral. A saber:

Quanto à análise dos pontuadores de CD4 pudemos observar melhora em 44,44% dos pacientes. Isto é, 16 pacientes mostraram em seus exames aumento de contagens de linfócito TCD4+ o que é esperado com o uso de medicamento anti-retrovirais: reconstituição imune. Os dados foram obtidos através de consultas aos prontuários médicos onde os resultados são anotados e uma cópia do exame laboratorial é afixada. Segundo parâmetros do consenso utilizado no Brasil, em média, espera-se aumento de linfócitos TCD4+ de 50-150 células/mm³/ano após 24 semanas e inferior a 50 cópias/mL após 48 semanas de tratamento. Ocorre que em nosso estudo existem pacientes no início do tratamento, pacientes em uso de medicamento há mais de dez anos e retornos conforme os registros nos prontuários. De modo que o valor numérico bruto obtido no cálculo do aumento da célula TCD4+ não traz informações relevantes ao fato estudado aqui. Assim, consideramos como melhora de exames de CD4 aquele

(a) paciente que aumentou a contagem desta célula, permaneceu com a mesma contagem ou aumentou o percentual de células se comparado aos linfócitos totais da amostra. Pequenas alterações para menos podem não significar uma piora clínica, pois uma série de fatores (como variabilidade laboratorial) é observada pela equipe de saúde para considerar alguma providência como mudança no tratamento, por exemplo. No entanto, para efeito deste estudo, não recebiam pontos os (as) pacientes cuja contagem havia sofrido decréscimo ainda que pequeno. O aumento de contagem de células de CD4 dentro do contexto é considerado como positivo. Preocupar-nos-ia a queda acentuada deste pontuador. Dentre os 20 pacientes que não receberam pontos por não aumentarem suas contagens de células T CD4+, 19 aumentaram este percentual se comparados aos linfócitos totais. Em termos práticos e dentro do nosso contexto eles também obtiveram melhora. A fisiologia da reconstituição imune observada pelo exame de CD4 é sempre mais demorada, complexa e depende de fatores diversos como o tempo de infecção, condições individuais de saúde, estilo, nutrição, condições de vida entre outros.

A melhora do estado geral dos (das) pacientes incluídos nesse estudo ficou mais evidente ao analisar a Carga Viral dos indivíduos. Pelo tempo da aplicação do projeto a supressão viral ficou mais visível. A Carga Viral é um importante marcador auxiliar do risco de queda de contagens CD4, pois se elevada é um fator de alerta preventivo de futura queda de CD4. Os medicamentos anti-retroviral quando administrados adequadamente são altamente eficazes na supressão viral. Desta forma observamos que após a interferência com educação/informação/comunicação em saúde e conseqüente uso correto dos fármacos tivemos 41% dos (das) pacientes com níveis indetectáveis para o exame de quantificação viral. Outros 13,88% apresentaram redução deste pontuador.

É necessário considerar que a avaliação destes exames é exclusivamente numérica sem outros fatores relacionados. Avaliações clínicas individuais são necessárias para averiguar caso a caso e no contexto do (a) paciente. Em determinadas circunstâncias são esperados quedas e aumentos dependendo do arranjo clínico. Esse estudo observou esses pontuadores de modo a investigar se com adequadas informações os (as) pacientes assumem atitudes em favor da saúde ou não. Como exemplo, citamos o fato de casais soro-concordantes não usarem preservativos nas relações sexuais. Durante as intervenções explicamos que com essa atitude existe reinfecção a cada relação sexual. Significando alterações nos exames de Carga Viral onde sempre existirá vírus provindo do parceiro, que em muitos casos, está submetido a outros medicamentos e/ou



está resistente, etc. A atitude de passar a usar preservativos também diminui as chances de criar resistência aos medicamentos usados pelo parceiro.

É incontestável que a melhora dos exames dos (das) pacientes está relacionada à atuação dos medicamentos no organismo. No entanto, a correta administração dos fármacos é o que faz o tratamento surtir efeito além de atitudes de promoção da saúde. E para isso é necessário educação/informação/comunicação em saúde.

Observamos também uma melhora na regularidade das retiradas de medicamentos no setor de dispensação farmacêutica. Esse indicador ainda deve ser mais bem aferido, pois consideramos aderentes os (as) pacientes que retiravam mensalmente com dois dias de tolerância para mais ou para menos. Desconsideramos os finais de semana em que o posto não fazia atendimento o que ocorria também às sextas feiras à tarde. Porém, de modo geral, a regularidade melhorou em 41,66%. Ou seja, quinze (15) pacientes, no prazo de permanência no projeto, retiraram os medicamentos dentro do prazo de tolerância (de dois dias). Dezesesseis (16 pacientes ou 44%) pacientes melhoraram as retiradas, porém fora do prazo por nós estipulados. Destes pacientes que retiraram fora do prazo 37,5% (6 pacientes) anteciparam as retiradas podendo indicar administração incorreta, pois os tratamentos são distribuídos para 1 mês (salvo exceções). E 62,5% (10 pacientes) retiraram com atraso o que pode indicar falha/perdas de tomadas. Do total de pacientes incluídos no estudo (36 pacientes) 13,88% ou 5 pacientes não retiraram medicamentos em pelo menos 1 mês.

A observação contínua da retirada de medicamentos na farmácia de dispensação farmacêutica nos dá consistente noção de adesão ao tratamento. Como as combinações de tratamento são, em grande maioria, acondicionadas pelos fabricantes para posologias mensais, se o (a) paciente procura a farmácia de forma regular é um forte indício de adesão. Porém, há que se ter sempre o cuidado de verificar por outros meios tais indicativos como, por exemplo: os exames, as falas, a presença nas atividades de assistência, o relato de familiares, amigos e cuidadores.

Com relação à adesão ao tratamento com foco na educação/informação/comunicação em saúde foi perceptível um aumento de 30% na adesão ao tratamento. Consideramos aderentes os (as) pacientes que:

-  Não perderam tomadas nos dias anteriores a entrevista;
-  Retiraram os medicamentos dentro do prazo aceitável;

- 🚫 Freqüentaram as consultas marcadas;
- 🚫 Freqüentaram as coletas de CD4 e CV;
- 🚫 Melhoraram os pontuadores laboratoriais;
- 🚫 Freqüentaram os Grupos de Adesão ao Tratamento e as Consultas de Adesão;
- 🚫 Melhoraram seu conhecimento sobre pontos básicos da assistência em AIDS.

Os cálculos foram feitos por pontos sendo considerado o relato de tomadas o mais importante. Recebiam dois pontos os (as) pacientes que não perdiam tomadas conforme seu relato no quadro de tomadas (anexo 5 pagina 3), um ponto quem perdia pelo menos uma tomada e nenhum ponto quem perdia duas tomadas ou mais. Aqueles pacientes que retiraram todos os meses os medicamentos dentro do prazo estipulado (2 dias de tolerância para mais ou para menos) recebiam um ponto e os que não retiram ou retiraram fora do prazo não recebiam pontos. O mesmo procedimento de distribuição dos pontos era realizado para os outros pontuadores, ou seja: para a freqüência nas consultas e coletas de exames, nos Grupos e/ou Consultas de Adesão, para a melhora nos pontuadores e conhecimento sobre HIV/AIDS.

No início do projeto obtivemos 50% de adesão ao tratamento observado os itens citados acima e de acordo com a pontuação apresentada seguindo os critérios mencionados e adicionando os resultados dos exames de CD4 e Quantificação Viral (analisados anteriormente). Na segunda parte do projeto e após nossa intervenção, observados os mesmos critérios de pontuação utilizados na primeira parte tendo como resultado 80% de adesão ao tratamento. Aumento por tanto de 30%.

Embora o ótimo para adesão ao tratamento seja 100%, ou seja, que os (as) pacientes administrem corretamente os medicamentos prescritos, obter 80% de adesão ao tratamento usando as técnicas de educação/informação/educação em saúde proposto por este trabalho é um resultado animador. Atribuímos o sucesso de nossa intervenção e conseqüente resultado promissor ao vínculo conseguido através das aproximações, abordagens, distribuição de insumos e aplicação das diferentes técnicas reunidas por nosso projeto.

Salientamos que um fator importante de observação e comparação para ratificar o sucesso de nossa intervenção seria pesquisar o histórico do paciente antes de entrarem no projeto. Isto é, observar alguns indicadores de adesão como retiradas de

medicamentos e exames, por exemplo, cronologicamente em um período anterior a sua inclusão no estudo. Com isso teríamos uma medida prévia de adesão embora simplificada se comparada à combinação de indicadores por nós utilizados. Nosso estudo reuniu um grande volume de informações e dados interessantes que poderiam ser analisadas de diversas formas e olhares. Esse estudo suscitou temas relevantes podendo ter desdobramentos em diversas direções produzindo novos pontos de convergência que futuramente pretendemos decompor. Outrossim, deixamos como sugestão futura incluir esses dados enriquecedores.

Durante a vigência do projeto Doses de Comunicação notou-se a necessidade de adquirir-se, para distribuição aos pacientes, o que passamos a chamar “Kit Adesão”. O Kit era composto de camiseta, mochila transversal com compartimento para água, squeeze, e porta medicamentos (com capacidade para uma semana) personalizado com a logomarca do projeto – que tivemos o cuidado de não vincular à enfermidade (Anexo 2). A idéia era dar suporte ao paciente para levar consigo a mochila com a(s) caixa(s), os medicamentos e água no squeeze. Ao chegar o horário da tomada onde quer que ele estivesse teria acesso ao necessário para efetuar a tarefa com discrição. A distribuição era feita nas consultas de adesão onde o (a) paciente recebia o “Kit Adesão” de forma personalizada. Era uma oportunidade valiosa de reforçar entendimentos sobre o uso do medicamento. Os (as) pacientes recebiam as caixas de medicamentos em quantidades iguais ou superior ao número de tomadas diárias de medicamentos. Se administrasse 3 vezes ao dia, recebia 3 caixas e assim por diante e se fosse necessário, um sobressalente. Durante as consultas o profissional preenchia as caixas com o total de medicamentos em cada compartimento do box de modo que a dosagem daquela hora ficasse muito clara. Assim, pacientes com dificuldades de compreensão só precisariam repor os medicamentos identificando-os pelo tamanho e cor quando possível, por exemplo. Além disso, o profissional escrevia ou desenhava atrás da caixa o horário que aqueles medicamentos contidos naquele box deveriam ser administrados de acordo com as orientações da equipe de saúde. Adicionalmente se instruía a ingestão de alimentos ou não àquela tomada. Essa atitude facilitou muito a compreensão, pois em alguns casos o (a) paciente tem prescrição de tomadas de medicamentos diferentes no decorrer do dia. Principalmente aqueles que estão acometidos por co-infecções. Assim, os medicamentos permaneciam organizados em caixas com capacidade para uma semana distribuída ao longo do dia com marcações de horários e informações suplementares.

Os compartimentos para medicamentos foram realmente um ponto importantíssimo para o sucesso da intervenção sob a ótica da comunicação. Pois reuniu a informação primordial da adesão que é tomada correta em quantidades e horários com a facilidade de transportar e administrar sem constrangimentos. Além disso, evita-se que pacientes com dificuldades de assumir sua sorologia arrancassem os rótulos dos medicamentos no intuito de ocultar que tipo de medicamentos faz uso. Ressalta-se aqui que nos rótulos dos medicamentos para AIDS produzidos no Brasil existe a seguinte inscrição: “O uso incorreto deste medicamento causa resistência ao vírus da AIDS”. É comum e compreensível que os rótulos sejam retirados. Porém essa atitude pode causar confusão, pois muitos dos medicamentos possuem cor e tamanhos semelhantes (alguns mudam eventualmente de cor de acordo com laboratório fornecedor) e também descontrola quanto à validade e lote. Com a utilização das caixas de medicamentos essa prática desapareceu entre os (as) pacientes deste estudo e os medicamentos ficavam a salvo em lugar seguro sob ponto de vista do (da) paciente.

Muitos estudos que avaliam a adesão ao tratamento apontam o nº de comprimidos como um ponto de dificuldade de adesão. Embora não tenhamos nos detido neste aspecto pudemos notar que os box de medicamento ajudaram na administração, pois havia como acondicioná-los de forma segura, compreensível e discreta. Esperávamos que o número de tomadas e número de comprimidos ao dia fosse predizer o nível de adesão, uma vez que, em vários estudos este fato aparece de forma contundente. As caixas de medicamentos oferecidas junto ao Kit Adesão facilitaram de tal forma a administração dos medicamentos que este fato não se comprovou. Os box de medicamentos se tornaram, dentro do nosso estudo, um fator importantíssimo de incentivo ao bom andamento da adesão ao tratamento.

A iniciativa do uso do Kit de Adesão teve sucesso inesperado. Muitos relatos dos (das) pacientes nos surpreendiam, pois não tínhamos a dimensão do quão difícil era ao paciente a ação básica de tomar o medicamento. Relatos como:

“Não podia nem ver aqueles frascos. Abri-los várias vezes todos os dias me fazia lembrar a doença”.

“Não conseguia abrir um dos frascos. Por isso deixei de tomar.” Alguns frascos de medicamento possuem trava de proteção para crianças. No entanto, muitos adultos não conseguem abri-los. Nas consultas de adesão ao tratamento implementamos o treinamento de abertura e fechamento de frascos.

“Era difícil para eu levar comigo o medicamento da geladeira. Como deixar o frasco no serviço? Todo mundo iria ver!”

Outros tantos relatos foram se agregando e durante a evolução do projeto os materiais se mostraram peça fundamental na adesão ao tratamento. Antes, a distribuição do Kit Adesão tinha o objetivo de favorecer a aproximação com os (as) pacientes e agora pode ser considerado um indicador de adesão. Os (as) pacientes revelaram um sentimento de autonomia para administrar os medicamentos de forma discreta. Muitos relataram que antes não havia ambiente para as tomadas de medicamentos. Os materiais distribuídos oportunizaram liberdade para transportar, ingerir e acondicionar os medicamentos sem chamar a atenção. A tomada de medicamentos fora de casa é considerada um problema para grande parte dos (das) pacientes. Esses insumos oportunizaram a eles levar consigo na bolsa, o líquido de ingestão dos medicamentos, o box de medicamento com as dosagens certas, as informações necessárias e proporcionou tranquilidade emocional. A avaliação do sucesso da distribuição deste material não estava previsto. Esta é uma lacuna que precisa ser preenchida, pois este material mostrou-se muito importante como ferramenta auxiliar para adesão, podendo ser utilizado inclusive como indicador de adesão se bem aferido.

Capítulo V

Conclusão

Concluimos que as intervenções com educação/informação/comunicação em saúde tiveram seu objetivo alcançado. Percebemos pelos resultados da pesquisa que o oferecimento de condições de entendimento aos pacientes oportunizou a eles segurança tanto nas questões da própria doença quanto na credibilidade e aceitação das decisões da equipe de saúde. De fato, pacientes mais bem informados e que dominam pontos importantes da assistência em AIDS possuem melhor adesão ao tratamento e melhora no seu estado geral.

Um ponto importante das análises dos dados infere existir um descompasso entre o vocabulário utilizado na mídia e o entendimento da população em respeito aos materiais educativos produzidos. O volume de recursos destinado à produção de materiais está sendo desperdiçado, por assim dizer. É urgente a revisão das formas e tentativas de informar as pessoas sobre o tema. Em saúde, de modo geral, a comunicação de massa não surte o mesmo efeito que a comunicação individual. O nosso estudo sugere aplicações em recursos humanos habilitados, especializados e treinados para esse fim. A prática da Comunicação em Saúde de forma individualizada ou em pequenos grupos mostrou-se eficiente e transformadora.

A adesão ao tratamento anti-retroviral começa muito antes da prescrição dos medicamentos. O (a) paciente pode e deve ser avaliado nesta questão desde seu primeiro acesso ao serviço de saúde. A avaliação de adesão ao serviço pode dar as tintas de como esse (a) paciente se comportará a necessidade futura de uso de medicamentos. Em específico para a assistência em HIV/AIDS o comportamento dos pacientes assintomáticos pode ser examinado pela equipe sem pressa e por longos períodos. Pode-se observar sua frequência nas consultas (se comparece ou não), nas coletas de exames e demais compromissos da assistência. Assim, pode-se ao longo do tempo delinear o perfil de cada paciente elaborando estratégias para auxiliá-lo nas suas futuras dificuldades.

Um Programa de Adesão ao Tratamento (PAT) pode ser bastante complexo. Podendo ter vários segmentos que, por sua vez, seguem diversas linhas. Inicialmente podem ser divididos em:

🚫 Pacientes assintomáticos: são aqueles que não usam medicamentos. Esses pacientes podem ser orientados sobre a doença, sobre a possibilidade do uso dos medicamentos e inclusive ser treinados com simulações de tomadas e compreensão da importância dos horários;

🚫 Pacientes em início de tratamento: são pacientes que merecem toda a atenção, pois este é um momento crítico e se mal conduzido pode comprometer todo o tratamento.

🚫 Pacientes multi-experimentados: são aqueles pacientes que já fizeram uso de vários tipos de medicamentos. Esses pacientes podem ter sido não aderentes desde o início. Por tanto, estão com pouca ou nenhuma opção de tratamento. São os chamados paciente em resgate terapêutico. Para esse grupo é indispensável um trabalho de recuperação e manutenção sob pena de sucumbirem por não-adesão.

Ainda pode-se pensar em trabalhos específicos para as gestantes que necessitam informações particulares como o não-aleitamento, uso de inibidores de lactação, cuidados com a criança, etc. Outros grupos que concentram interesses comuns também podem ser explorados como: profissionais do sexo, GLBT, cuidadores de crianças com HIV ou idosos, grupo de homens e de mulheres. Todos eles possuem interesses e dúvidas próprias que podem ser esmiuçadas com ótimos resultados. É claro que para isso cada caso deve ser estudado em suas nuances intrínsecas para utilizar as ferramentas adequadas de educação/informação/comunicação em saúde.

Os achados relativos à associação entre menor escolaridade e adesão insatisfatória na primeira parte de nosso estudo mostraram-se semelhante aos achados dos demais trabalhos que abordam esse tema. Porém, pudemos constatar após as intervenções nos Grupos de Adesão e nas Consultas de Adesão que utilizando as ferramentas apropriadas todos os indivíduos, mesmo aqueles com pouco ou nenhum ano de estudo, conseguem assimilar informações importantes para a assistência em AIDS. Foi possível supor que a assimilação sobre a enfermidade melhorou a adesão tratamento. Inferimos como importante e desafiador que a educação/informação/comunicação em saúde tenha influencia positiva na adesão ao tratamento. O investimento em programas e/ou projetos nesta linha pode modificar o padrão de conduta para as unidades que pretendem implantar projetos nessa direção.

Nosso estudo proporcionou autonomia e protagonismo nas ações individuais em saúde para os (as) pacientes. Isso significa que de posse das informações a decisão por proceder em favor da sua própria saúde será de sua vontade e risco. Ser autônomo em

suas decisões torna o (a) paciente parte de sua própria vida nas questões relacionadas ao tema com boas condições de optar por atitudes sustentadas em relação à adesão ao tratamento e conseqüente controle da doença.

Quanto aos indicadores utilizados neste estudo para avaliação de adesão pudemos observar uma boa relação entre os marcadores laboratoriais (CD4 e Carga Viral), as retiradas de medicamentos, as freqüências nas tarefas assistenciais (consultas, coletas de exames, etc.) e freqüência nos Grupos de Adesão e Consultas de Adesão. Generalizando podemos dizer que os (as) pacientes que cumprem as tarefas a contento têm melhores resultados na complexa rotina de um paciente HIV+ ou doente de AIDS. As relações desenvolvidas por nosso projeto reuniram várias áreas do conhecimento sendo sua análise realizada sob ponto de vista da educação/informação/comunicação em saúde. Segundo esses critérios específicos detalhados para este estudo os exames de CD4 e Carga Viral mostraram o efeito clínico da nossa intervenção com informação. Isto é, foi possível “enxergar” a informação fazendo seu trabalho. À medida que os (as) pacientes foram assimilando conhecimento os pontuadores laboratoriais foram melhorando. O mesmo se deu com a observação das retiradas de medicamentos. Durante o desenrolar do projeto os (as) pacientes foram melhorando a freqüência na retirada deste insumo o que nos faz pensar em uma melhora na administração, portanto uma melhora na adesão. Ao final, na aplicação do segundo questionário pode-se perceber claramente a melhora das condições de entendimento no acerto das questões por todos os participantes do estudo. Isto implica em dizer que a educação/informação/comunicação em saúde melhora a adesão ao tratamento.

A grande surpresa deste estudo vislumbrou a distribuição do “Kit Adesão” como um auxiliar promissor. Podemos dizer que o “Kit Adesão” está para um Programa de Adesão ao Tratamento (PAT) como o preservativo está para o Programa de Prevenção (PP). No entanto a prática ainda deve ser pensada quanto à sua avaliação em termos de pontuadores de eficácia. Foi surpreendente e emocionante a aceitação deste material.

Uma questão importante que apareceu durante o desenrolar do estudo foi a lembrança de tomar os medicamentos. Esse ponto foi muito citado nas questões de adesão. Tomar mecanicamente o medicamento pode trazer como conseqüência o esquecimento da tomada. O envolvimento com alguma atividade pode fazer com que os medicamentos passem para segundo plano. Por esse motivo podemos deixar como sugestão a inclusão no “Kit Adesão” algum tipo de dispositivo de alerta de tomada de medicamento.

Também como sugestão e admitindo as limitações de nosso estudo causado por diversos aspectos gerenciais, logísticos e temporais alheios a nossa vontade e esforço, propomos, em momento oportuno, adicionar elementos de pesquisa. A saber: adesão pregressa do grupo, análise mais aprofundada da população em voga, estratificar dados secundários como uso e abuso de psicotrópicos e álcool, uso de preservativos, avaliação de esquemas terapêuticos e outras informações que podem ser relacionadas à adesão ao tratamento.

O trabalho apresentado pode ser considerado como prevenção no sentido de que a adesão ao tratamento previne o aparecimento de doenças oportunistas. O controle da doença também é função da adesão ao tratamento, pois entende-se que somente com o uso correto do medicamento isto será possível.

Dois resumos apresentados em Congressos relacionados a pontos deste estudo foram classificados como Redução de Danos (RD), para a nossa surpresa. Redução de Danos nesse meio é usada, em geral, para trabalhos relacionados com o uso e abuso de drogas e psicotrópicos. No entanto, a Redução de Danos trás em seu conceito reduzir os danos à saúde em consequência de práticas de risco. Isto é, em nosso contexto podemos citar: o uso de preservativos nas relações sexuais mesmo em casais soroconcordantes, acondicionar adequadamente os medicamentos, seguir a dieta, seguir os horários de administração, administrar corretamente os medicamentos tendo como finalidade reduzir danos.

É prudente ressaltar que o estudo aqui proposto foi aplicado em local específico sendo que qualquer extrapolação destes resultados para outros serviços de saúde ou regiões devem ser cautelosos. Generalizações sem os devidos ajustes e precauções podem resultar em intervenções pouco eficazes e até produzir situações constrangedoras.

De modo geral a idéia do nosso trabalho foi assertiva por ter alcançado bons resultados para adesão ao tratamento utilizando uma fórmula simples e antiga: promover acesso à informação de forma clara e precisa o que confirma a questão fundamental do nosso projeto - a educação/informação/comunicação em saúde melhora os níveis de adesão de pacientes em uso de anti-retrovirais.

Bibliografia

Ayres, J.R.C.M. Vulnerabilidade e AIDS: Para uma Resposta Social à Epidemia. Boletim Epidemiológico. Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Dezembro, 1997.

Bartlett J, et al. Correlation between antiretroviral pill burden and durability of virologic response: a systematic overview. Int Conf AIDS 2000 jul 914 Abstrct No. ThPeB4998.

Bartlett, JA. Medical Management of HIV Infection, 2009-2010. <http://www.hopkins-aids.edu>

Bartlett JA, Faith MJ, DeMasi R et al. An updated systematic overview of triple combination therapy in anti-retroviral naïve HIV-infected adults. Program and abstracts of the 12th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 22-25, 2005; Boston, Massachusetts. Abstract 586.

Baker DW, Williams MV, Parker RM, Gazamararian JA, Nurss J. Development of a brief test to measure functional health literacy. Patient Education and Counseling. 1999; 38: 33-42.:: Bartlett J. Drugs: Guide to Information. In: Medical Management of HIV Infection 2002-2003. Johns Hopkins University AIDS Service Home Page (www.hopkins-aids.edu).

Bangsberg, D. R., Hecht, F. M., Charlebois, E. D., Zolopa, A. R., Holodniy, M., Sheiner, L., Bamberger, J. D., Chesney, M. A. and Moss, A. (2000). Adherence to Protease Inhibitors, HIV-1 Viral Load, and Development of Drug Resistance in an Indigent Population. *AIDS* 14(4): 357-66 (<http://www.caps.ucsf.edu/adherebib.html>).

Bizzo, MLG. Difusão científica, comunicação e saúde – Caderno de Saúde Pública 18(1):307-314 Rio de Janeiro 2002.

Chauí, M., 1990. Cultura e Democracia - O discurso Competente e Outras Falas. São Paulo: Cortez, 5ª edição.

Chesney, M. A. (1997). Compliance: How You Can Help. *HIV Newslines* 3: 67-72 (<http://www.caps.ucsf.edu/adherebib.html>).

Chesney, M. A., Ickovics, J., Hecht, F. M., Sikipa, G. and Rabkin, J. (1999). Adherence: A Necessity for Successful HIV Combination Therapy. *AIDS* 13(Suppl A): S271-8(<http://www.caps.ucsf.edu/adherebib.html>).

Chesney MA. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. *Clin. Infect Dis.* 2000.

Chesney et al. Adherence to HIV combination therapy. *Social Science & Medicine.* 2000.

Deeks, S. Optimizing antiretroviral therapy. *Medscape-HIV/AIDS.*

Eldred L. Adherence in the era of protease inhibitors. *John Hopkins AIDS Service.* 1998.

Fellay J et al. Prevalence of adverse events associated with potent anti-retroviral treatment: Swiss HIV Cohort Study. *Lancet*, v. 358 p. 1322-7, 2001.

Gusmão JL, Mion Jr. D. Adesão ao tratamento: conceitos. *Rev Bras Hipert* 2006.

Hecht F. M., Colfax G., Swanson M., Chesney M. A. Adherence and effectiveness of protease inhibitors in clinical practice. In 5th Conf Retrovir Oppor Infect, San Francisco, 1998. Abstract. San Francisco, 1997, 151

Lyons C. HIV Drug Adherence: Special Situations. *JANAC* 8:29-36,1997.

Loufty MR; Walmsley SL. Salvage antiretroviral therapy in HIV infection. *Expert Opin.Pharmacother.*, v.3, n.2, p.81-90, 2002.

Ministério da Saúde. Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos infectados pelo HIV – 2008, Brasília, 2008. (www.aids.gov.br)

Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico 2010. Brasília. ISSN 1517 1159.

Monteiro S, Vargas E, organizadoras. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

Macilwain C. Better adherence vital in AIDS therapies. *Nature.* 1997; 390(6658):326

Nemes M.I.B et al. Aderência ao tratamento por anti-retrovirais em serviços públicos de saúde no Estado de São Paulo. *Série Avaliação - Brasília*, 2000.

Nemes M.I.B et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cad. Saúde Pública* vol.20 suppl.2 Rio de Janeiro 2004.

Packer, AL; Tardelli, AO; Castro, RCF. A distribuição do conhecimento científico público em informação, comunicação e informática em saúde indexado nas bases de dados MEDLINE e LILACS - *Ciênc. saúde coletiva* v.12 n.3 Rio de Janeiro 2007.

Paterson D., Swindells S., Mohr J., Brester M., Vergis E., Squier C., Wagener M., Singh N., How much adherence is enough? A prospective study of adherence to protease inhibitor therapy using MEMSCaps. In 6th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, 1999. Abstracts. Chicago, 1999, n 92.

Peterson A. M., Takiya L., Finley R. Meta-Analysis of Trials of Interventions to Improve Medication Adherence. (*American Journal of Health-System Pharmacy*). 2003
Praga r. Van, Fernyak S., Katz A. M. Las repercusiones de los tratamientos anti-retrovirales. OMS, 1997.

Souza, H. *A Cura da Aids*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

Teixeira R., Paiva V., Shimma E. Ta difícil de engolir? São Paulo: Nepaids,2000.



















Walsh J. Dalton M., Gill J., Wilkinson D., Burgess A. P., Gazzard B. G. Adherence to protease inhibitor based highly effective anti-retroviral therapy (HAART). In 12th World Aids Conference Geneva, 1998. Abstrat. Geneva, 1998, n 12298.

William MV. (2002) Recognizing and overcoming inadequate health literacy, a barrier to care. *Cleve Clin J Med.*, 69(5):415-418.

Anexos

Anexo 1

Dispensação de antirretrovirais

	Nome genérico	Apresentação	Posologia
ITRN	 abacavir	Comprimidos de 300 mg	300 mg 2x/dia
	 AZT+3TC Biovir	AZT 300 mg +3TC 150 mg	1 comprimido 2x/dia
	 didanosina	Comprimidos tamponados de 25 e 100 mg Comprimidos liberação entérica (EC = "enteric coated") de 250 e 400 mg	≥60kg: 200 mg 2x/dia ou 400 mg 1x/dia <60kg: 125 mg 2x/dia ou 250-300 mg 1x/dia ≥60kg: 400 mg 1x/dia ou <60kg: 250 mg 1x/dia
	 estavudina	Cápsulas de 30 mg e 40 mg	≥60kg: 40 mg 2x/dia ou <60kg: 30 mg 2x/dia
	 lamivudina	Comprimidos de 150 mg	150 mg 2x/dia ou 300 mg 1x/dia <50kg: 2 mg/kg 2x/dia
	 tenofovir	Comprimidos de 300 mg	300 mg/dia
	 zidovudina	Cápsulas de 100 mg Comprimido em associação de AZT 300 mg +3TC 150 mg	300 mg 2x/dia 1 comprimido 2x/dia
ITRNN	 efavirenz	Cápsulas de 600 mg	600 mg 1x/dia
	 nevirapina	Comprimidos de 200 mg	200 mg 2x/dia. Iniciar com 200 mg/dia durante 14 dias e, na ausência de exantema, aumentar para dose total Se houver interrupção >7 dias, reiniciar com 200 mg/dia
IP	 fosamprenavir#	Comprimidos de 700 mg	FPV 1400 mg + RTV 200 mg 1x/dia (Pacientes virgens de terapia) FPV 700 mg 2x/dia + RTV 100 mg 2x/dia (Pacientes virgens de terapia ou experimentados)
	 atazanavir	Cápsulas de 200 e 300 mg	400 mg 1x/dia (pacientes virgens de terapia) ATV 300 mg + RTV 100 mg 1x/dia em pacientes virgens de terapia ou pacientes experimentados
	 darunavir*	Comprimidos de 300 mg	600 mg 2x/dia + RTV 100 mg 2x/dia
	 indinavir	Cápsulas de 400 mg	IDV 800 mg + RTV 100-200 mg 2x/dia ou IDV 800 mg 3x/dia
	 lopinavir/r**	Comprimidos de 200/50 mg	800 mg/ 200 mg (4 comp) 1x/dia (Pacientes virgens de terapia) 400 mg/100 mg (2 comp) 2x/dia (Pacientes virgens de terapia ou experimentados)
	 ritonavir	Cápsulas de 100 mg	Associado com outro IP: vide IP em questão RTV isolado (uso raro): 600 mg 2x/dia: iniciar com dose de 300 mg 2x/dia e aumentar 100 mg 2x/dia a cada 3 ou 4 dias até atingir 600 mg, no máximo, em 14 dias
	 saquinavir	Cápsulas de 200 mg cápsula "dura" e cápsula "mole"	Associado com RTV: SQV 1.000 mg 2x/dia + RTV 100 mg 2x/dia ou SQV 400 mg 2x/dia + RTV 400 mg 2x/dia Associado com LPV: SQV 1.000 mg 2x/dia + LPV/r 400/100 mg (2 comprimidos) 2x/dia
Inibidores da integrase	 raltegravir*	Comprimidos de 400 mg	400 mg 2x/dia
Inibidores de fusão	 enfuvirtida (t20)	Frascos descartáveis com 108 mg para reconstituição em 1,1 ml de água	90 mg (1 ml) SC 2x/dia na parte superior do braço, superfície anterior da coxa ou no abdome (exceto região periumbilical)

Anexo 2



Camisetas



Mochila com squeeze



Porta - medicamentos

Anexo 3

Parte Frontal do folder

Apoio

Universidade Federal do Rio Grande do Sul -
UFRGS
Programa de Pós-Graduação Química da Vida e Saúde -
PPGQVS
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e
Tecnológico- CNPq
Coordenação Municipal de DST/HIV/Aids de Alvorada
RS



Parte Interna do folder



O projeto Doses de
Comunicação é para você que
faz uso de medicamentos!!!!

Você sabe o quanto é difícil
tomar medicamentos todos os
dias e nos horários certinhos!

Então, junte-se a nós para
tornar esse momento parte de
sua vida de forma natural.

Pergunte a equipe de saúde
como participar.

Estamos te esperando!

GRUPOS DE ADESÃO

Todas as sextas feiras
as 14:30 no auditório
da Secretaria de
Saúde de Alvorada

Anexo 4

Termo de Consentimento Informado

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do estudo sobre adesão ao tratamento com anti-retrovirais. O estudo leva o nome de **DOSES DE COMUNICAÇÃO – estudo sobre apoio estruturado de comunicação como parte do tratamento em pacientes com HIV/AIDS**.

Trata-se de um projeto que auxilia as pessoas sobre como administrar medicamentos chamados anti-retrovirais para pacientes com HIV/Aids e informa sobre outras questões relacionadas ao tema.

Participando deste estudo você estará ajudando os profissionais de saúde a conhecer as dificuldades enfrentadas nessa tarefa e a auxiliá-los a melhorar os atendimentos. A entrevista deverá ocupar 30 minutos do seu tempo. Assinando esse documento você consentirá em ser entrevistado.

O entrevistador procederá da seguinte forma:

- ⓧ Explicará sobre o projeto;
- ⓧ Solicitará seu entendimento;
- ⓧ Pedirá que assine esse documento, podendo você assinar ou não.

Caso aceite participar, asseguramos seu resguardo, sigilo de sua identidade e utilização das informações somente para os destinos especificados no projeto.

Agradecemos sua participação.

Alvorada, ____ de ____ de 20__.

Assinatura do entrevistado

Nome Completo do Entrevistado

Permanecendo dúvidas você poderá entrar em contato pelo telefone (51) 33086270.

Anexo 5

Data: ___/___/___

Questionário

Nome: _____

Responda as questões abaixo relacionadas com Verdadeiro, Falso, Não sei, Sim ou Não:

1.	O HIV se transmite com facilidade através do beijo.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
2.	Uma pessoa com HIV pode usar os mesmos utensílios domésticos que outras pessoas.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
3.	Posso variar a vontade os horários dos medicamentos.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
4.	Os medicamentos servem para conter o avanço do vírus no organismo.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
5.	Os medicamentos que existem curam a Aids.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
6.	Você já ouviu falar em linfócitos?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
6.1	Os linfócitos são células que “defendem” nosso organismo de algumas doenças.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
7.	Você já ouviu falar em CD4?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
7.1	O vírus se multiplica no organismo utilizando-se de uma célula chamada CD4.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
8.	Você já ouviu falar em Reinfecção?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
8.1	O uso correto do preservativo, tanto o feminino quanto o masculino, evita a reinfecção.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
9.	O teste positivo para o HIV caracteriza que a pessoa tem AIDS.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
10.	Você já ouviu falar em “janela imunológica”?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
10.1	O termo “janela imunológica” é usado para definir o período de três meses em que o teste anti-HIV não detecta o vírus.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
11.	O HIV pode ser transmitido através do leite materno.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
12.	Você já ouviu falar em Carga Viral?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
12.1	O exame de Carga Viral indetectável significa que eu não tenho mais o vírus.	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
13.	Você já ouviu falar em anti-retrovirais?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
13.1	O conjunto de anti-retrovirais são também chamados de “coquetel”.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
14.	O CD4 é um exame que diz como está a defesa do organismo da pessoa.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei
15.	O bebê nasce sempre com os anticorpos da mamãe. Por isso é que eu só poderei saber a sorologia dele depois de algum tempo.	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei

16.	O álcool não influencia nos efeitos dos medicamentos.				
	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
17.	Meu (minha) companheiro (a) necessariamente tem que fazer o mesmo tratamento que eu.				
	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
18.	As doenças oportunistas mais graves aparecem quando o CD4 está abaixo de 200.				
	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
19.	Nos finais de semana não há necessidade de tomar os medicamentos.				
	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
20.	A pessoa portadora do HIV, mesmo sem ter sintomas, pode transmitir o vírus.				
	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
21.	A mesma camisinha pode ser usada mais de uma vez.				
	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
22.	A carga viral é um exame que diz quanto de vírus a pessoa tem no organismo.				
	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
23.	A boa alimentação faz parte de um tratamento eficaz contra o vírus HIV.				
	<input checked="" type="checkbox"/> Verdadeiro	<input type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
24.	Para me proteger melhor do vírus posso usar dois preservativos ao mesmo tempo.				
	<input type="checkbox"/> Verdadeiro	<input checked="" type="checkbox"/> Falso	<input type="checkbox"/> Não sei		
25.	Se alguém perguntar a você se você tem HIV/Aids, o que você dirá?				
	<input type="checkbox"/> Assume	<input type="checkbox"/> Nega	<input type="checkbox"/> Depende	<input type="checkbox"/> Não responde	<input type="checkbox"/>
26.	Comparando-se com uma pessoa na sua idade, nas mesmas condições de emprego, moradia, estudo, família. A única diferença entre vocês é o HIV. Um tem o outro não. Que nota você se daria? (De 1 a 5. Sendo que 1 a nota mais baixa e 5 a nota mais alta).				
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
27.	Onde você busca informações sobre DST/HIV/Aids?				
	<input type="checkbox"/> Televisão	<input type="checkbox"/> Rádio	<input type="checkbox"/> Posto	<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/>
28.	Onde você gostaria de buscar informações sobre DST/HIV/Aids?				
	<input type="checkbox"/> Televisão	<input type="checkbox"/> Rádio	<input type="checkbox"/> Posto	<input type="checkbox"/> Farmácia	<input type="checkbox"/>
29.	Você tem dificuldade para lembrar-se das tomadas de medicamentos?				
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
29.1	Você acha que alguma forma de despertador poderia ajudar na lembrança? Qual?				
	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Não sei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Nos últimos 3 dias como você administrou os medicamentos:

Sábado	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente
Domingo	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente
Segunda	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente
Terça	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente
Quarta	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente
Quinta	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente
Sexta	<input type="checkbox"/> Perdeu a 1ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 2ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Perdeu a 3ª tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente	<input type="checkbox"/> Não perdeu tomada <input type="checkbox"/> Perdeu parcialmente

Anexo 6



Ficha Individual:

Local de Tratamento: _____

Nome: _____
 Data de nascimento: ___/___/___ Idade: ___ anos
 Endereço: _____
 Bairro: _____
 Cidade: _____ CEP: _____ UF: _
 Fone: (___) _____ Obs: _____
 Escolaridade: _____ Cor: _____ Profissão: _____

Família:

Nome do companheiro (a): _____
 Idade: ___ anos Escolaridade: _____ Profissão: _____

Filhos: _____			Idade	Obs:
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				

Outros familiares	Grau de parentesco	Obs:

Na sua família tem mais alguém com HIV/Aids?

Na sua família mais alguém faz uso de medicamentos?

Atividades:

1. No momento está empregado(a)?: _____
 2. Gosta do que faz? _____
 3. Se tivesse oportunidade o que gostaria de fazer?

Observações:

Check List

1. Onde fez o exame?		<input type="checkbox"/> HCPA	<input type="checkbox"/> HNSC	<input type="checkbox"/>
2. Soube-se HIV Quando?				
<input type="checkbox"/> < de 6 meses	<input type="checkbox"/> Entre 1 e 2 anos	<input type="checkbox"/> Entre 3 e 4 anos	<input type="checkbox"/> Entre 5 e 6 anos	<input type="checkbox"/> > que 10 anos
3. Sabe como pegou HIV?				
<input type="checkbox"/> Heterossexual	<input type="checkbox"/> Homossexual	<input type="checkbox"/> UDI	<input type="checkbox"/> Não sabe	<input type="checkbox"/>
4. Porque fez o exame?				
5. Quem entregou o exame?				
6. Já esperava?		<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Ignorado
7. Que nota dá ao atendimento pós-teste?(De 1 a 5 sendo 1 a nota mais baixa e 5 a nota mais alta)				
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
8. Administra chás? Ou Cápsulas de alho?				
<input type="checkbox"/> Macela	<input type="checkbox"/> Camomila	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Participa de alguma religião?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Eventualmente
<input type="checkbox"/> Católica	<input type="checkbox"/> Evangélica	<input type="checkbox"/> Universal	<input type="checkbox"/> Umbanda	<input type="checkbox"/>
10. Uso de álcool?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Eventualmente
<input type="checkbox"/> Cerveja	<input type="checkbox"/> Cachaça	<input type="checkbox"/> Vinho	<input type="checkbox"/> Uísque	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ex-usuário de álcool	Tempo de abstinência: _____			
11. Uso de drogas?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Eventualmente
<input type="checkbox"/> Maconha	<input type="checkbox"/> Cocaína pó	<input type="checkbox"/> Cocaína inj.	<input type="checkbox"/> Craque	<input type="checkbox"/> Cola
<input type="checkbox"/> Ex-usuário de drogas	Tempo de abstinência: _____			
12. É fumante?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Eventualmente
<input type="checkbox"/> Ex-fumante	Tempo de abstinência: _____			
13. Uso de preservativos?		<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Sempre	<input type="checkbox"/> Eventualmente
14. Queixas de efeitos colaterais?				
15. Última consulta dentária: / / ou anos			Motivo:	
16. Você já viu algum episódio de violência?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Conte:
17. Você já sofreu violência?		<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	Conte:

Acompanhamento:

Nome: _____

Controle de Exames

Tratamento ART: _____	
Outros tratamentos: _____	
1° CD4: _____ células/mm ³	Data: ___/___/___
1° CV: _____ cópias/mL	Data: ___/___/___
Log: _____	
Outros exames: _____	

Tratamento ART: _____	
Outros tratamentos: _____	
2° CD4: _____ células/mm ³	Data: ___/___/___
2° CV: _____ cópias/mL	Data: ___/___/___
Log: _____	
Outros exames: _____	

Tratamento ART: _____	
Outros tratamentos: _____	
3° CD4: _____ células/mm ³	Data: ___/___/___
3° CV: _____ cópias/mL	Data: ___/___/___
Log: _____	
Outros exames: _____	

Tratamento ART: _____	
Outros tratamentos: _____	
4° CD4: _____ células/mm ³	Data: ___/___/___
4° CV: _____ cópias/mL	Data: ___/___/___
Log: _____	
Outros exames: _____	

Controle de Retirada de Medicamentos, Consulta médica e Consulta de Adesão e Frequência nos Módulos

Nome: _____


Data	Medicamento	Consulta	Adesão	Data	Nº do Módulo

Anexo 7

Aula Inaugural
Módulo 1 página 1, slide 1 a 6

Doses de Comunicação

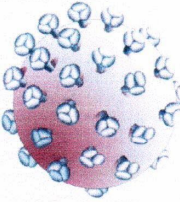
O que é o Programa de Adesão?



O programa de Adesão ao tratamento tem o objetivo principal auxiliar na dura tarefa de administrar medicamentos todos os dias.

Core

Doses de Comunicação



Durante nosso programa, vamos conhecer o vírus do HIV:

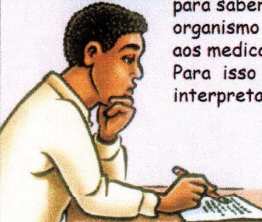
- ⚡ como ele funciona;
- ⚡ como ele entra no organismo;
- ⚡ como ele se reproduz;
- ⚡ como conviver com ele.

Core

Doses de Comunicação

3

Vamos conhecer os exames para saber avaliar como nosso organismo está respondendo aos medicamentos. Para isso vamos aprender a interpretar os exames.



Core

Doses de Comunicação

4



Vamos conhecer os remédios que são o grande ponto do nosso Programa de Adesão. E nesse momento que vamos saber tudo sobre eles:

- ⚡ quais e quantos são;
- ⚡ quais as classes;
- ⚡ onde atuam;
- ⚡ como administrá-los.

Core

Doses de Comunicação

5

A importância de tomar os medicamentos todos os dias nos horários estipulados pela equipe médica e por você que sabe a melhor hora do dia para fazê-lo.

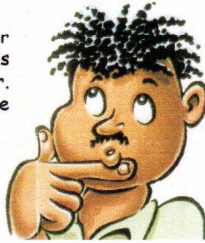


Core

Doses de Comunicação

6

Vamos estudar e entender sobre os efeitos colaterais que podem ou não aparecer. E aprender formas de contorná-los.



Core

Doses de Comunicação 7



Veremos que o ato de tomar medicamentos pode tornar-se tão rotineiro quanto vestir-se ao acordar ou ao dormir.

© Care


Doses de Comunicação 8



Devemos considerar que administrar medicamentos fica bem mais fácil se pensarmos nisso como algo novo e bom para nossa saúde.

© Care

Doses de Comunicação 9



Uma boa prática para sermos aderentes é anotar todas as dúvidas e questionamentos e conversar com a equipe de saúde.

© Care

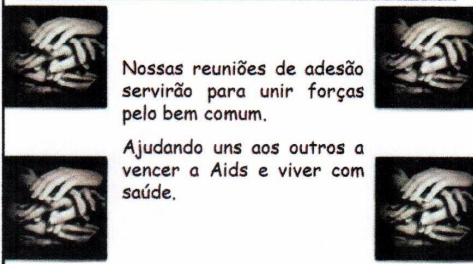
Doses de Comunicação 10



Socializar sempre.
Não se isole e mantenha a mente ocupada.
Isso ajuda a você superar qualquer dificuldade.

© Care

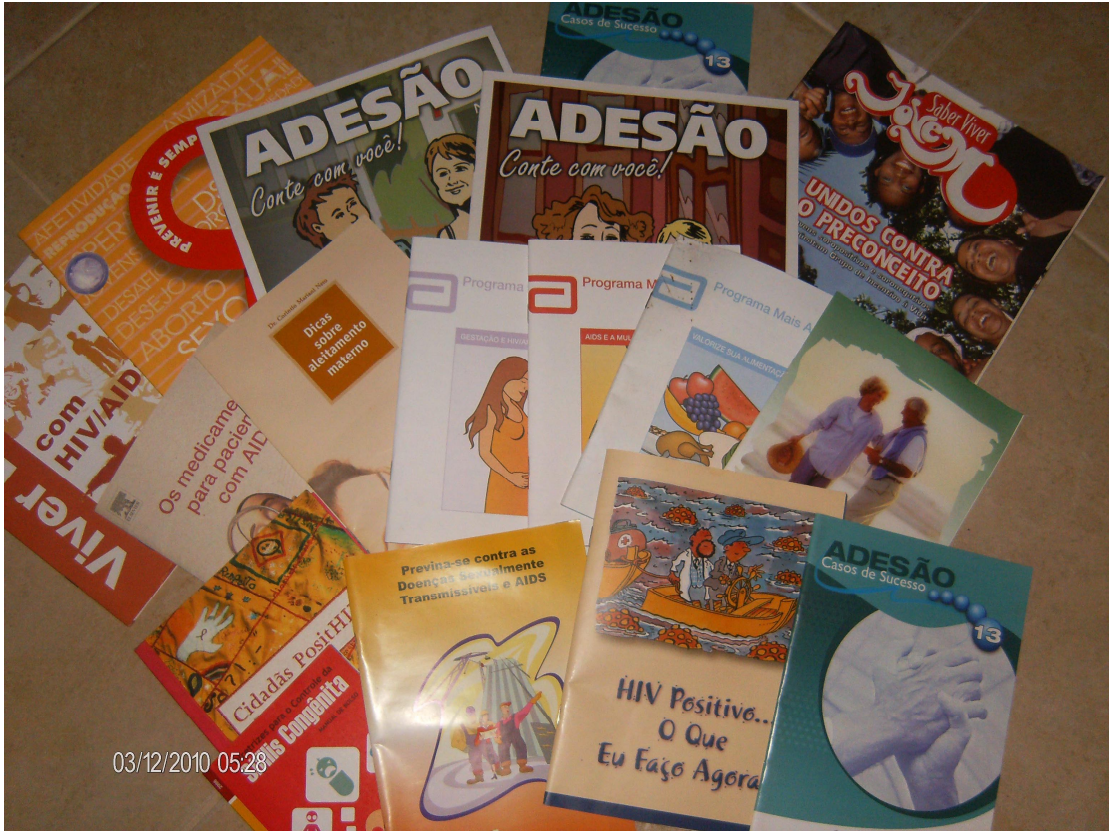
Doses de Comunicação 11



Nossas reuniões de adesão servirão para unir forças pelo bem comum.
Ajudando uns aos outros a vencer a Aids e viver com saúde.

© Care

Alguns materiais utilizados



03/12/2010 05:28

positivo e operante

25 anos após os testes do primeiro remédio para combater a Aids, três portadores do vírus HIV contam como é ter a doença há mais de duas décadas

RACHEL BOTELHO
DA REPORTAGEM LOCAL

No princípio, era o fim. Há 25 anos, quando o primeiro medicamento para tratar pacientes com HIV começou a ser testado, o diagnóstico da doença equivalia a uma sentença de morte. Desde que surgiram os primeiros pacientes da epidemia, em 1981, o AZT era a primeira e única esperança para os infectados.

Apesar da boa notícia, perderam-se muitas vidas até que o remédio se tornasse acessível. A distribuição gratuita no Brasil começou em 1991, mas, até meados da década de 90, o tratamento era para poucos.

"Ou o sujeito tinha muito dinheiro e comprava de importadores ou confiava com iniciativos isolados de algumas prefeituras", lembra Esper Kallas, infectologista da USP.

Além disso, o AZT estava longe de ser uma panaceia. A droga, já prescrita na época, o dobro da atual, provocava efeitos colaterais como anemia e intolerância gastrointestinal e debilitava de agir após um ano, em média. "Houve grande resistência ao tratamento [por parte dos pacientes]. Na maioria dos casos, nem eu me convenci de seu

impacto", afirma o oncologista Drauzio Varella, que tratou alguns dos primeiros doentes de Aids do país.

Rosa Alencar, da Coordenação Estadual de DST-Aids, concorda: "O AZT teve um impacto relativo porque não trazia melhora sustentada."

Até o grande salto no combate ao problema, que o colocou no psamar das doenças crônicas em que se encontra hoje, passaram-se dez anos. Em 1995, o desenvolvimento dos primeiros inibidores de protease — drogas que agem em um estágio avançado da multiplicação do vírus nas células de defesa — mudou todos os paradigmas de tratamento. "A evolução foi absolutamente inacreditável", afirma Varella.

Nessa época, o exame de car-

ga viral possibilitou uma avaliação mais acurada da progressão da doença, ajudando a definir o melhor momento de iniciar o tratamento. "Pela primeira vez, conseguimos deixar pessoas com a carga viral indetectável. Muita gente hoje é sobrevivente desses dias", diz Kallas.

No ano seguinte, a lei de acesso universal aos antirretrovirais foi aprovada, alçando o Brasil ao posto de protagonista mundial na luta contra a Aids.

Segundo a Unids, braço da ONU para o tema, as mortes decorrentes da doença caíram 18% desde o lançamento dos coquetéis, mas a transmissão está longe de ser interrompida.

No Brasil, onde 700 mil pessoas carregam o vírus, menos da metade sabe que é portadora. "Aqui, 16% dos pacientes morrem no primeiro ano porque o diagnóstico está sendo feito tarde", diz Kallas.

Com a ameaça de morte mais distante, os próximos desafios incluem ampliar o diagnóstico e minimizar os efeitos colaterais da medicação.

Se as conquistas nessa área continuarem no rumo certo, mais pessoas poderão viver com o vírus pelos próximos 25 anos ou mais — assim como Hugo Högström, Valéria Polizzi e José Araújo, que falam de suas vidas com o HIV a seguir.

[...]

O HIV ATACA CÉLULAS QUE GOVERNAM O SISTEMA IMUNOLÓGICO. AS CÉLULAS MORREM, ENFRAQUECENDO AS DEFESAS

1981

Primos casos de Aids na Califórnia e em Nova York (EUA), entre homossexuais masculinos e usuários de drogas injetáveis

1982

Primeiro diagnóstico no Brasil, em São Paulo
Hemofílicos são infectados nos EUA; Europa relata primeiros casos
O nome "Aids" é criado

1983

Mulheres e crianças são contaminadas
Hipótese de doença infecciosa ganha força
Nos EUA, somam-se 3.000 casos e mil mortes

1984

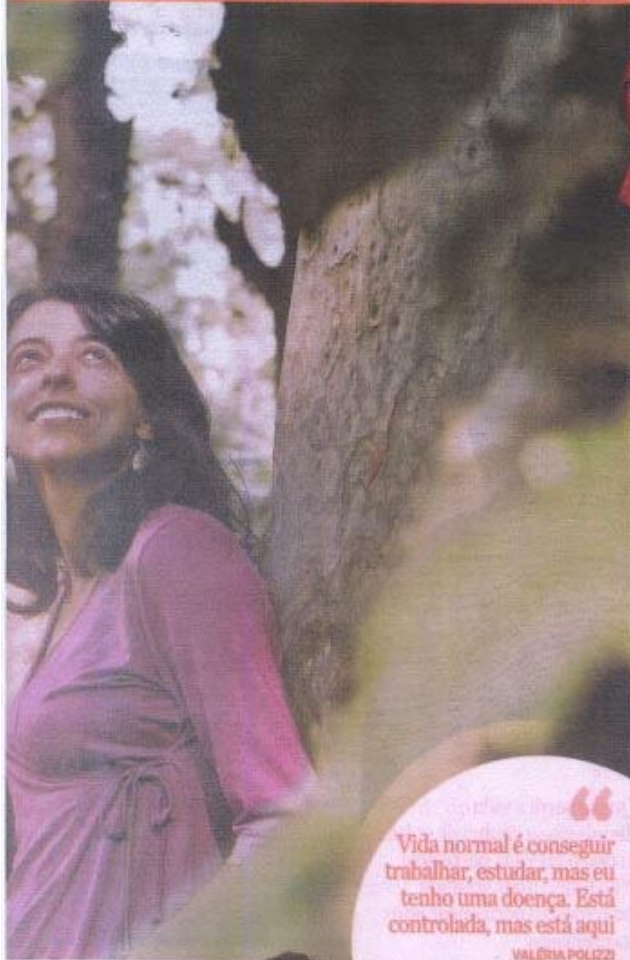
HIV é identificado como causador da Aids
Comunidade científica sabe que a doença se espalha em partes da África

1985

Feitos os primeiros testes clínicos com o AZT (zidovudina)
É comercializado o primeiro teste anti-HIV

1986

É criado o Programa Nacional de DST-Aids



NÃO PENSO NO FUTURO

Desde 1997, quando lançou o livro "Depois Daquela Viagem" (ed. Ática, 279 págs., R\$ 32), no qual relata sua experiência como portadora do HIV, Valéria Passa Polizzi é um nome familiar para adolescentes e adultos que aprenderam com ela os riscos da infecção.

Adotado pelas escolas, o livro teve mais de 300 mil exemplares vendidos e foi traduzido em diversos países. Desde aquela época, a garota que recebeu a notícia de que não viveria mais do que seis meses no auge de sua juventude percorreu o Brasil dando palestras, viajou pelo mundo, casou, separou, escreveu outros dois livros e concluiu uma faculdade.

Aos 39 anos, Valéria convive com o vírus da Aids há 23 —foi contaminada nas primeiras relações sexuais, por um namorado. "Era uma doença de homossexuais masculinos, parecia muito distante da gente, meninos de classe média."

Soubes que tinha o HIV por seu pai. "Diziam que vivia dez anos quem tinha muita sorte. A vida foi parada. Fui três meses de faculdade e larguei. Pensava: 'Não vai dar tempo de acabar'."

Pouco depois de voltar de uma viagem aos EUA, Valéria foi internada. O médico que a acompanhava havia indicado a hora de iniciar o tratamento, mas ela saiu do consultório e não voltou mais. "Para que, se vou morrer de qualquer jeito?", pensava. Eu via o efeito colateral do AZT nas pessoas."

Aos 24 anos, passou um mês no hospital, com tuberculose renal, pela primeira e única vez. Depois de um ano, o médico

suspendeu o AZT, que parava de fazer efeito. Nessa época, começou a escrever o livro.

Após um intervalo de quase dois anos sem medicação, o coquetel foi lançado e Valéria voltou a se tratar.

As viagens constantes eram o único plano que ela se permitia fazer. "Não conseguia pensar a longo prazo. Era, no máximo, para o mês que vem."

Quando ela tinha 26 anos, o livro foi publicado. Valéria viajou pelo país inteiro dando palestras e ganhou uma coluna em uma revista voltada para adolescentes.

Alguns anos depois, conheceu o ex-marido, "que era sorronegativo e continua sendo", na Nova Zelândia. Depois de ficar três anos na Austrália, onde ele morava, voltaram ao Brasil. "Estava com 33 anos, não morri e não fui fealdade. Quería estudar e me formar em jornalismo." Agora, dedica-se à pós-graduação em criação literária.

Valéria tem problemas renais e faz exercícios físicos para combater a lipodistrofia, um problema de má distribuição da gordura corporal que também eleva o colesterol e os triglicérides. Toma antidepressivos, como a maioria de seus amigos sorropositivos.

Com a carga viral indetectável "há muito tempo", ela encara o HIV como doença crônica. "Vida normal que a gente fala é conseguir trabalhar, estudar, mas eu tenho uma doença. Está controlada, mas está aqui."

Mesmo tendo ultrapassado os prognósticos mais favoráveis, Valéria ainda acha difícil fazer planos de longo prazo.

Vida normal é conseguir trabalhar, estudar, mas eu tenho uma doença. Está controlada, mas está aqui

VALÉRIA POLIZZI

1987

AZT é a primeira droga aprovada para o tratamento da Aids. No Brasil, 2.775 é o total de casos notificados.



1987

Morre o cartunista Henfil, aos 43 anos. A legislação obrigatória para HIV nos bancos de sangue públicos brasileiros é efetivada.

1989

Início da distribuição gratuita de AZT, em escala limitada, no Estado de São Paulo.

1990

Morre o cantor e compositor Cazusa. É criado o GIV - Grupo de Incentivo à Vida, primeira ONG paulista formada só por portadores de HIV.





O FIM DA NEGAÇÃO

Em 1985, o cabeleleiro Hugo Hagström tinha 24 anos e uma DST (doença sexualmente transmissível) difícil de curar. Seus amigos que voltaram do exterior traziam notícias da "peste gay". Hugo uniu uma informação a outra e achou prudente fazer o exame. "Disseram que eu tinha mais seis meses de vida. Sei desmoriado e passei três anos tentando negar a doença, porque não tinha sintomas", recorda-se.

Por mais de uma década, viveu à espera da morte, intercalando fases de adesão ao tratamento com outras de abandono, até que essa atitude cobrou seu preço. "Não conseguia me alimentar e entrei em estado terminal, mas, por sorte, foi quando surgiu o coquetel".

Após quatro meses de internação, saiu do hospital sem falar e precisou de um ano para voltar a andar. Um descolamento de retina, causado por citomegalovírus, tirou-lhe parte da visão — até hoje, enxerga muito mal. Nunca mais largou o coquetel e, depois de enfrentar seis anos de efeitos colaterais, como uma diarreia acentuada, vive sem eles.

Também é mais tranquilo em relação à sua condição. "Quase perdi a vida e, depois que a ganhei de volta, vi que o HIV faz parte dela. Não tenho mais vontade nem motivo para negar isso."

Os períodos cíclicos de depressão também se tornaram mais leves. "Tinha descoberto o rumo, o privilégio de poder continuar a viver."

No auge da juventude, Hugo chegou a passar um ano inteiro "assentado", como diz. Para os

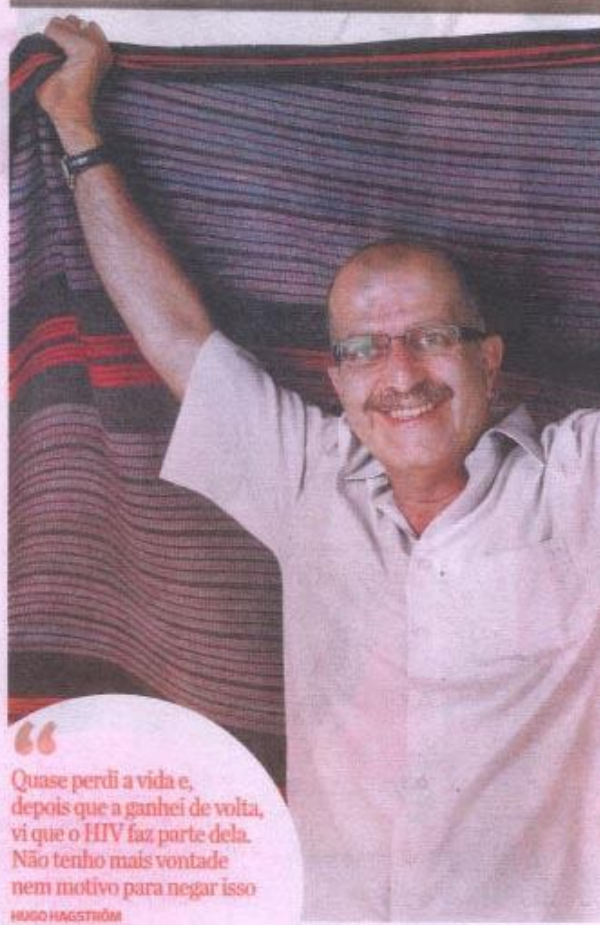
parceiros eventuais, não revelou que tinha o vírus. Enquanto a aparência e o estado clínico permitiram, continuou a trabalhar. No fim da década de 90, depois da internação, pediu a aposentadoria.

Entre a doença e o retiro, contou com o apoio financeiro de parentes. "Sou uma exceção daquele tempo, porque as pessoas eram abandonadas pela família, pelo trabalho, e nada disso aconteceu comigo. Meu preconceito é que foi muito forte. Eu já era rotulado por ser homossexual, e ser rotulado também de portador de 'câncer gay' era demais."

Hugo acha que esse panorama não mudou completamente. "As pessoas que sabem de um heterossexual portador de HIV sempre questionam se, em algum momento, ele não foi homossexual. A orientação sexual sempre permeia pelo lado negativo essa questão."

Na organização onde trabalha voluntariamente há mais de uma década dando apoio a soropositivos, ainda ouve histórias como as de 25 anos atrás. "Tivemos conquistas, mas há hoje um discurso muito mentiroso, porque não pega bem falar que Aids é um nojo. Mas continuo ouvindo relatos de gente que separa copos, que a família manda embora."

O infectologista Esper Kallas faz coro. "Melhorou, mas ainda existe preconceito. A infecção ocorre principalmente em homens que fazem sexo com homens e em usuários de drogas. Isso trouxe uma reação social muito intensa, que tentamos apagar até hoje."



“ Quase perdi a vida e, depois que a ganhei de volta, vi que o HIV faz parte dela. Não tenho mais vontade nem motivo para negar isso **”**
HUGO HAGSTRÖM

1991

- O popstar Freddy Mercury morre em decorrência da Aids
- Começa a distribuição gratuita de antiretrovirais no Brasil

1992

- Os ministérios da Saúde e da Educação emitem uma portaria que garante o ensino para crianças com HIV/Aids

1993

- A atriz Sandra Brea anuncia que é soropositiva
- Em 1994, EUA aprovam teste de saliva para detectar o vírus



1996

- O coquetel, uma combinação de antiretrovirais, mostra-se eficaz
- O Brasil é o primeiro país em desenvolvimento a oferecer medicação gratuita
- Infecção aumenta entre as mulheres
- Congresso aprova lei 9 que obriga o Estado a dist de forma universal e gratu remédios para tratament



25 ANOS SEM PISAR NO HOSPITAL

Entre a notificação dos primeiros casos de Aids, em 1981, e o estabelecimento do agente transmissor da doença passaram-se anos. Foi em 1985, nesse cenário de incerteza, medo e preconceito, quando a doença era conhecida por "peste gay" e "câncer gay", que o comerciante José Araújo, então com 29 anos, decidiu fazer o teste.

Certo de que estaria a salvo da doença, um mês depois do exame recebeu a sentença: era soropositivo. "O impacto foi muito forte porque eu estava fora do grupo de risco. O fator principal era ter se relacionado com algum estrangeiro, coisa que eu não tinha feito."

Quando o médico disse que ele tinha dois anos pela frente antes de desenvolver a doença, a sensação foi de alívio. "Para mim, era muito tempo. Saí feliz com a notícia."

Cercados de estigma e preconceitos, muitos soropositivos preferiam não revelar sua condição, a não ser para poucos familiares. "Todo mundo escondia, era um sofrimento muito solitário. Eu me afastei dos amigos porque tinha medo de deixá-los. O medo do preconceito era assustador."

O tempo foi passando e Araújo continuou mantendo segredo de sua condição. "Fiquei cinco anos abstinente e, depois, voltei a fazer sexo. Mas era sexo com culpa, com medo de transmitir. E de gostar de alguém e isso não dar certo", afirma.

Embora vivesse com boa saúde, a doença parecia sempre à espreita. Em 1990, a aparição pública de Cazuza na fase terminal da doença teve um im-

pacto devastador sobre ele. "Ele foi um carrasco para mim, pois poderia ser eu a qualquer momento e isso era muito duro. Como não conhecíamos ninguém vivendo bem com o HIV, via nele o próximo passo."

Naquela época, começou a fazer parte do GIV - Grupo de Incentivo à Vida, uma associação pioneira de ajuda mútua a pessoas que vivem com o vírus. Foi também no início dos anos 90 que sua família soube de sua doença, pela televisão. "Um programa lá debater a questão e não encontrava portadores para falar. Foi cruel com a minha família: pedi que todos assistissem e disse que todos assistissem e disse que todos assistissem", reconhece.

Pouco depois que os exames de carga viral e de contagem de CD4 tornaram-se disponíveis, Araújo começou a tomar o coquetel. Dos nove comprimidos diários de 1998, hoje restam apenas cinco.

Com a morte à espreita, Araújo não investiu na carreira e passou anos vivendo de bicos. Acabou se dedicando, primeiro no GIV, depois na ONG Espaço de Prevenção e Atenção Humanizada, no Campo Limpo, zona sul de São Paulo, a dar apoio a outros portadores. "As pessoas que eu ajudei a cuidar me deram um sopro de vida. Para mim foi fantástico."

Aos 52 anos, prestes a completar 25 anos com o vírus e com a carga viral indetectável há quatro, faz planos como se fosse viver eternamente. "Preciso acreditar nisso, mas vivo intensamente o dia de hoje."

“**É um sofrimento muito solitário. Eu me afastei dos amigos porque tinha medo de deixá-los. O medo do preconceito era assustador**”

JOSÉ ARAÚJO

1997

- Cerca de 22 milhões de pessoas vivem com o HIV
- Monitorização de pacientes com exames de carga viral
- Morte do sociólogo Herbert de Souza, o Betinho



- Mortes começam a cair em países desenvolvidos

2003

- A primeira vacina contra a Aids a ser testada em larga escala se mostra ineficaz

2006

- Estudo mostra que circuncisão reduz a infecção por HIV entre homens heterossexuais

2007

- Outra vacina é descartada após resultados preliminares não mostrarem benefícios

2009

- 9,5 milhões de pessoas em países em desenvolvimento precisam do coquetel

Foto: André LIMA - Getty Images; de SALLA, CD4, HIV e Aids (atualização: atualizada)

Alguns Vídeos, Sites e Recursos de Computador

Depoimentos:

<http://www.youtube.com/watch?v=6J9gpuOyGuc&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=M1FuFktswlk>

Replicação viral:

<http://www.youtube.com/watch?v=RO8MP3wMvqg>

<http://www.youtube.com/watch?v=7O21WoS4wMI>

<http://www.youtube.com/watch?v=IBn3SNO04UU&feature=related>

<http://www.youtube.com/watch?v=ZeyEYymuacg&feature=related>

Explicações:

<http://www.youtube.com/watch?v=-3OiM31t2mE&feature=related>

Sites:

<http://www.aids.gov.br/pagina/aids-0>

<http://www.aidsportugal.com/Home@1.aspx>

<http://www.agenciaaids.com.br/site/default.asp>

<http://www.usp.br/nepaids/>

<http://www.infectologia.org.br/publicoleigo/default.asp>

<http://www.cenaids.com.br/index.php>

<http://www.ocorpohumano.com.br/>

ONGS:

<http://www.agenciapatriciagalvao.org.br/index.php>

<http://www.gapabahia.org.br/>

Áudios:

<http://www.drauziovarella.com.br/Sintomas/263/aids>