

FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO DE ENFERMAGEM

SIDNÉIA APARECIDA GARDINA FREGNI

A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL EM
PACIENTES SOROPOSITIVOS DO RIO GRANDE DO NORTE

NATAL
2011

SIDNÉIA APARECIDA GARDINA FREGNI

A ADESÃO E O TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL EM
PACIENTES SOROPOSITIVOS DO RIO GRANDE DO NORTE

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte – FARN, como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Prof^a. Orientadora: Dr^a. Izete Soares da Silva Dantas Pereira

NATAL
2011

SIDNÉIA APARECIDA GARDINA FREGNI

A Monografia intitulada A AIDS E O TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL EM PACIENTES SOROPOSITIVOS, exigência da disciplina Introdução ao Trabalho de Conclusão de Curso, do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, ministrada pela professora Mariluce Oliveira de Araújo, valendo como nota para avaliação final.

Aprovada em: ____ / ____ / ____ .

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Izete Soares da Silva Dantas Pereira
(Orientadora)

Prof^a. Msc. Mariluce Oliveira de Araújo
Membro examinador- FARN

Prof. Msc. Ramon Evangelista dos Anjos Paiva
Membro examinador - FARN

NATAL / RN
2011

Dedico esta monografia a Deus, que em sua infinita bondade tem me guiado dando-me forças para não desistir em meio ao caminho, e a todas as pessoas que me apoiaram – de forma especial ao meu marido e meu filho – que sempre estão ao meu lado me apoiando e incentivando a seguir na busca por meus sonhos e ideais.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer, primeiramente a Deus que me deu forças para suportar todas as dificuldades.

Às duas pessoas mais importantes neste mundo - meu marido e meu filho - que por quatro anos suportaram minha ausência, minhas alterações de humor e crises, algumas vezes com impaciência, mas sempre com amor.

Às minhas queridas amigas Ana, Taisa e Renata que nos momentos mais difíceis me ajudaram, e me apoiaram.

Aos meus professores, que transmitiram seus conhecimentos, experiências profissionais e de vida com dedicação e carinho, me guiando para além das teorias, das filosofias e das técnicas, expresso o meu agradecimento e respeito, pelo muito que me foi oferecido.

“Não importa onde você parou, em que momento da vida você cansou, o que importa é que sempre é possível e necessário recomeçar. Recomeçar é dar uma nova chance a si mesmo, é renovar as esperanças da vida, e o mais importante: acreditar em você de novo. [...] Queira o melhor do melhor. Se pensarmos pequeno coisas pequenas teremos, mas, se desejarmos fortemente o melhor e principalmente lutarmos pelo melhor, o melhor irá se instalar em nossa vida. Porque sou do tamanho daquilo que vejo e não do tamanho da minha altura!” (Anônimo)

RESUMO

A AIDS é uma doença considerada, na atualidade, como um dos mais graves e preocupantes problemas de saúde pública, tanto em virtude de seu caráter pandêmico quanto por sua gravidade e facilidade de transmissão. Apesar das recentes evidências, somente foi reconhecida em meados da década de 1981. Os caminhos percorridos pelos profissionais da área da saúde desde a descoberta do vírus AIDS até os dias de hoje têm sido árduos na busca urgente por respostas para este mal que vem acometendo dia-a-dia a população mundial. Desde a sua descoberta muito tem sido feito, tanto amenizar o sofrimento das pessoas já contaminadas, quanto para reduzir a crescente incidência de casos registrados dia a dia em meio a sociedade. Frente a estes fatos, este trabalho traz em seu contexto considerações acerca da Adesão ao Tratamento com Antirretrovirais, enfatizando os motivos para sua não funcionalidade, bem como, discorrendo sobre os meios utilizados para evitar o abandono dos pacientes. Retrata os esforços empreendidos pelos órgãos de saúde e entidades governamentais e não governamentais para oferecer a estes um tratamento digno e uma melhoria na sua qualidade de vida, bem como, investido em meios de alertar a sociedade para a doença esclarecendo, inclusive que os portadores do vírus HIV têm direito a uma vida digna e livre da discriminação e do preconceito. Esta pesquisa foi estruturada a partir da revisão da literatura publicada sobre o assunto em epígrafe, tanto em meio impresso, quanto virtual e trouxe como benefício a oportunidade para aprofundar cada vez mais os conhecimentos acerca do assunto tratado. Diante do exposto conclui-se que as medidas de prevenção propostas pelo Plano Estadual de Adesão ao tratamento ARV merecem um trabalho mais acirrado em sua divulgação para que possam assim, chegar de forma clara e objetiva, abrangendo uma parte expressiva da população. Além disso, é importante frisar que já na etapa inicial do planejamento das ações sugeridas deve constar como ponto principal, a capacitação profissional, visando assim, tanto a melhora quantitativa, quanto qualitativa do atendimento ao público. A descentralização do tratamento da AIDS no RN é bem recente, portanto, precisa ser acompanhada destas melhorias as quais trarão, inclusive, a expansão e aceitação do projeto.

Palavras-chave: Vírus HIV. AIDS. Ministério da Saúde. Saúde Pública.

ABSTRACT

AIDS is a disease considered today as one of the most serious and troubling public health problems, both because of his character and by pandemic severity and ease of transmission. Despite recent evidence has only been recognized in the mid-1981. The paths traveled by health professionals since the discovery of the AIDS virus until the present day have been heavy in the urgent search for answers to this evil that is affecting day-to-day world population. Since its discovery much has been done, both to alleviate suffering of those already infected, and to reduce the growing incidence of cases reported daily in the midst of society. Faced with these facts, this work brings in considerations of their context Adherence to antiretroviral therapy, emphasizing the reasons for their non-functionality, as well as discussing the means used to prevent abandonment of patients. It depicts the efforts of health agencies and governmental and non governmental organizations to deliver these dignified treatment and an improvement in their quality of life, as well as invested in means of alerting the company to clarify the disease, including that carriers of HIV have a right to a dignified life free of discrimination and prejudice. This research builds upon the review of published literature on the above subject, both in printed media, and virtual and brought the opportunity to benefit as an ever deeper knowledge on the subject. Given the above it follows that the preventive measures proposed by the State Plan for ARV Adherence deserve a more fierce in its disclosure so that they can thus reach a clear and objective, covering a significant portion of the population. Moreover, it is important to note that in the initial stage of planning the suggested actions must be recorded as the main point, vocational training, aiming thus improves both quantitative and qualitative service to the public. The decentralization of AIDS treatment in newborns is very recent, so it must be accompanied these improvements which will bring even the expansion and acceptance of the project.

Keywords: HIV Virus. AIDS. Ministry of Health Public Health.

LISTA DE SIGLAS

AIDS - Acquired Immunodeficiency Syndrome – (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

AZT - Zidovudina

CNBB - Conferência Nacional dos Bispos do Brasil

DST - Doenças Sexualmente Transmissíveis

HAART - Highly Active Anti-Retroviral Therapy

HIV - Human immunodeficiency virus

HGT - Hospital Estadual Giselda Trigueiro

HRF - Hospital Rafael Fernandes

IO - Infecções Oportunistas

OSC - Organizações da Sociedade Civil

ONGs - Organizações Não Governamentais

PAM – Plano de Ações e Metas

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

QUALIAIDS - “Qualidade da Assistência Ambulatorial nos Serviços Públicos de Atenção à Aids”

SAE - Serviço de Assistência Especializada

SESASP - Secretaria de Estado da Saúde Pública

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV - Terapia Anti-retroviral

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 TRAJETÓRIA DA DST/AIDS NO BRASIL.....	15
2.1 A AIDS EM NÚMERO.....	19
3 A AIDS NO RIO GRANDE DO NORTE.....	25
4 DIRETRIZES DO PLANO DE ADESÃO ARV.....	27
4.1 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À PESSOA DO TRATAMENTO.....	28
4.2 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À DOENÇA.....	29
4.3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO TRATAMENTO.....	30
4.4 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUPORTE SOCIAL.....	30
4.5 SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO ARV.....	32
4.6 SISTEMA QUALIAIDS E SUA APLICAÇÃO.....	36
5 DIREITOS FUNDAMENTAIS.....	39
5.1 DECLARAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA PORTADORA DO VÍRUS DA AIDS.....	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS.....	44

1 INTRODUÇÃO

A AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é considerada como um dos mais graves problemas de saúde na atualidade por seu caráter pandêmico e sua gravidade. Com evidências bem recentes, foi reconhecida apenas na década de 1981. No entanto, existem indícios de mortes ocorridas por AIDS há cerca de trinta anos antes de sua descoberta (SOCIEDADE, 2011)

Estudos são desenvolvidos até hoje na tentativa de descobrir a origem do vírus. Uma hipótese levantada é a de que teria este teria surgido na África central, sendo resultado de uma mutação, provocada, por via indireta, a partir de outro vírus não patológico, cujo hospedeiro é o macaco. (AIDS, 2011)

Na busca por se descobrirem as causas para tantas mortes sem explicação, cientistas americanos e franceses, em meio a incansáveis pesquisas, conseguiram, em 1984, isolar as células de pacientes acometidos pela AIDS, e descobriram que o vírus HIV é o causador da doença. (AIDS, 2011)

Apesar de, até o momento não se ter descoberto a cura, o tratamento dispensado aos pacientes tem demonstrado bastante eficiência ao favorecer o controle da doença. Atenção especial se deve dar, no entanto, as suas formas de transmissão, pois, como já se provou, a AIDS tem como vetores para contaminação: o contato sexual; contato com o sangue contaminado, o que pode ocorrer tanto durante uma transfusão, quanto em outras situações onde haja o manuseio do mesmo, a exemplo, em ambientes hospitalares; na gravidez ou amamentação – sendo a mãe o principal vetor - bem como, pelo uso de seringas e agulhas contaminadas, o que vem a ocorrer principalmente em meio aos consumidores de drogas injetáveis. (AIDS, 2011).

Como se vê, o combate a doença até o momento, só é possível se forem seguidos, de forma responsável e frequente, os devidos cuidados. Dentre os mais confiáveis são recomendados, “o uso de preservativos; o controle de qualidade do sangue nas transfusões e o uso de seringas e agulhas descartáveis.” (JEKEL, 2005, p. 16)

Desde o início da epidemia de AIDS, o Brasil expandiu expressivamente o número de serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA). Hoje, em todo o país, mais de 600 serviços do SUS prestam assistência ambulatorial às PVHA podendo estes estar sob a administração dos municípios, estados, União, Universidades, Organizações não governamentais conveniadas com o SUS (BRASIL, 2008a),

Diante desta diversidade na oferta de assistência às PVHA, houve a necessidade por parte do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais (2009) em conhecer as características da assistência e avaliar a qualidade dos serviços, criando um mecanismo de Monitoramento e Avaliação que contribua para ao aprimoramento da assistência em HIV/AIDS no SUS – o questionário QUALIAIDS. Em 2010, cinco (05) dos dez (10) serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS do RN/SAE responderam ao referido instrumento. Ao

mesmo tempo, no âmbito da política de descentralização dos serviços e fortalecimento da resposta da rede de Serviço de Assistência Especializada - SAE do RN, a SESAP-RN descentralizará recursos do PAM para os municípios que têm SAE, seguindo os seguintes critérios:

- Prestar atendimento regular aos usuários que vivem com HIV/Aids nos respectivos SAEs municipais;
- Apresentar uma programação para o uso dos recursos contemplando as áreas técnicas da resposta à epidemia de DST/Aids, com ênfase às ações de adesão a tratamento e qualidade da atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids;
- Elaborar a proposta em parceria com o Programa Estadual de DST/Aids e atendendo o documento de pactuação do I Encontro dos SAEs em 2010 (estratégias de adesão a tratamento ARV).

Todo o planejamento que envolve o tratamento contra a epidemia de HIV/Aids envolve sempre o diálogo com movimentos sociais e Organizações da Sociedade Civil (OSC) que trabalham o tema Aids. Dessas ações demanda sempre a urgência da legitimação das propostas de trabalho, por meio de construções coletivas, bem como, a aprovação desta nos espaços de controle social do Sistema Único de Saúde.

A pesquisa se realizou por meio de um estudo bibliográfico, cujo propósito foi percorrer sobre a Aids, sua origem e sistematização até os dias atuais tendo como alvo principal abordar os problemas referentes a não adesão ao tratamento ARV. Foram utilizadas para sua elaboração diversas fontes de pesquisa, dentre elas: trabalhos acadêmicos; artigos científicos; publicações periódicas; relatórios do I e II Encontros Estaduais dos Serviços de Atenção Especializados (SAEs); relatório do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos; relatório do RN no Sistema "Qualiaids", ambos do Ministério da Saúde; periódicos, tanto por meio de material impresso, quanto via sítios diversos que tratam do assunto na internet.

Esta pesquisa tem como objetivo principal contribuir para a disseminação da temática relacionada ao abandono do tratamento Anti-retroviral, bem como, para estreitar a relação desta situação com a área de planejamento em saúde pública, uma vez que esta é uma das grandes áreas de atuação do enfermeiro.

Diante do exposto neste trabalho são tratados os assuntos em questão estando este sistematizado da seguinte forma: o primeiro item diz respeito a esta Introdução.

O segundo retrata a AIDS no Brasil, enfatizando suas características, forma de contágio e tratamento dispensado aos portadores do vírus HIV.

O terceiro item apresenta dados da doença no Rio Grande do Norte discorrendo sobre a atuação dos serviços estaduais de saúde frente aos problemas de superlotação hospitalar causado pelo crescente número de infectados na região, bem como, as propostas elaboradas para a possível resolução dos mesmos.

O quarto apresenta as diretrizes do Plano de Adesão ao ARV no Brasil, destacando os fatores de risco responsáveis pelo abandono ao tratamento por parte das pessoas infectadas, bem como, alguns parâmetros sobre não adesão ao tratamento ARV.

Em seguida, o quinto item apresenta na íntegra, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids criado por - profissionais da saúde, membros da sociedade civil, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais - no Encontro Nacional de Organizações Não Governamentais (ENONG).

Por fim, as considerações finais acerca do assunto tratado e as referências.

2 TRAJETÓRIA DA DST/AIDS NO BRASIL

Desde muitos anos, as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) têm sido alvo dos profissionais da área de saúde que têm tentado reduzir os índices de contaminação entre a população. Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) é a forma como é conhecida uma série de patologias antes denominadas doenças venéreas, “as quais são doenças infecciosas e transmissíveis essencialmente – mas não de forma exclusiva – por meio do contato sexual. (HINRICHESEN, 2005, p. 52).

Dentre as doenças mais “perigosas” - em função de sua gravidade - encontra-se a AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Seus “agentes etiológicos HIV-1 e HIV-2, retrovírus com genoma RNA, da família Lentiviridae, pertencem ao grupo dos retrovírus citopáticos e não-oncogênicos”. (BRASIL, 2005, p. 1). A enzima transcriptase reversa é a responsável pela transcrição do RN viral para uma cópia DNA, podendo assim, agregar-se ao genoma do hospedeiro, fato este que desencadeia a multiplicação do vírus HIV.

Lopes e Azevedo (2010) destacam que, em 1983, foi implantado em São Paulo o primeiro programa oficial de controle da doença. Logo em seguida, baseado neste, o Estado do Rio de Janeiro cria a Divisão Nacional de DST e Aids. Dois anos depois, com o crescimento do número de casos e de óbitos por aids, foi criado o Programa Nacional de DST e AIDS. O crescimento do número de casos e óbitos registrados em consequência da Aids gera a criação, em 2 de maio de 1985, por meio da Portaria n.º 236, do Programa Nacional de DST e AIDS.

A AIDS - agravo causado pelo vírus HIV - é considerada, na atualidade, como um dos maiores problemas de saúde, em função do seu caráter pandêmico e de sua gravidade. Sendo o estágio mais avançado da doença ataca o sistema imunológico, infectando as células de defesa do organismo tornando-o mais vulnerável. O indivíduo acometido por simples resfriado, se portador do vírus da AIDS, pode apresentar um quadro grave de infecções dos tipos, tuberculose, ou mesmo câncer.

Quando infectados pelo vírus HIV, o sistema imunológico sofre uma grave disfunção em consequência da destruição dos linfócitos T CD4+ uma das principais células alvo do vírus. A contagem de linfócitos T CD4+ é um importante marcador dessa imunodeficiência, sendo utilizado tanto para estimar o prognóstico e avaliar a indicação de início da terapia com ARV, quanto para definição de caso de AIDS, para fins epidemiológicos (BRASIL, 2009, [1]).

São várias as formas de transmissão do HIV, podendo ocorrer esta das seguintes maneiras: pela via parenteral e vertical, por meio do sangue; pela via sexual, através do esperma ou secreção vaginal; e via vertical, cujo vetor é o leite materno. A transmissão do HIV se dá durante todas as fases da infecção, “risco esse proporcional à magnitude da viremia, principalmente na infecção aguda e doença avançada.” (BRASIL, 2005, [1]).

Entre os desafios a serem enfrentados pela sociedade, de acordo com o presidente do Fórum de Organizações Não Governamentais (ONGs) AIDS, do Estado de São Paulo, Rodrigo de Souza Pinheiro, está a deficiência no diagnóstico da doença. Para ele, “muitas pessoas ainda demoram para ser diagnosticadas, então acho que deveríamos ter mais campanhas, mais serviços que pudessem atender e conscientizar a população a fazer o teste de HIV” (LABOISSIÈRE, 2010). Como em todos os campos da existência humana, a desinformação é um fator bastante cruel por deixar a sociedade à margem de

informações que, neste caso em especial, podem amenizar o sofrimento das pessoas acometidas pelo vírus da AIDS, contribuindo para melhorar sua qualidade de vida, bem como, para diminuir o preconceito sofrido pelos soropositivos.

Quanto ao fato, de acordo com Borges (2010) vale destacar o depoimento da jovem Nelma Borges, 17 anos, moradora do Distrito Federal (DF), portadora do vírus HIV desde o nascimento - foi infectada pela mãe durante a gravidez. Ela relata que "quando criança era difícil. Para mim, a vida tinha acabado. A partir do momento em que aprendi a entender o que era, como era, comecei a ver a vida de forma mais tranquila". Entre a infinidade de casos de discriminação já relatados fica claro que, quando entendido pela família, que passa a apoiar o paciente, o problema "diminui" imensamente de dimensão passando a ser encarado de forma mais amena.

Atualmente, graças ao empenho de diversos ramos da sociedade, a história natural dessa infecção vem sendo alterada, consideravelmente, pela terapia com antirretrovirais (ARV), cuja função principal (e vital) é impedir a multiplicação do vírus HIV no organismo, ao mesmo tempo em que fortalece seu Sistema imunológico restabelecendo as defesas do mesmo. "Os ARV são utilizados em combinações de três ou mais medicamentos, geralmente tomados de 2 a 3 vezes ao dia. São conhecidos como o "coquetel" da AIDS" (BRASIL, 2009, [1]).

Iniciada no Brasil em 1996, Lopes; Azevedo (2010) relatam que essa terapia contribui para o aumento da sobrevida das pessoas contaminadas mediante reconstrução das funções do sistema imunológico, bem como, da redução das doenças secundárias, o que, conseqüentemente, tende a melhorar a qualidade de vida das mesmas.

A terapia antirretroviral consiste na associação de medicamentos que inibem a reprodução do HIV no sangue, os quais se dividem em quatro classes: inibidores de transcriptase reversa análogos de nucleosídeos; inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos; inibidores de protease e inibidores de fusão. Para combater o HIV, é necessário utilizar pelo menos dois medicamentos de classes diferentes, sendo que a maioria das pessoas toma de três a quatro medicamentos antirretrovirais (LOPES; AZEVEDO, 2010, p. 22)

No início da epidemia, para o paciente, receber o diagnóstico de AIDS era considerado uma sentença de morte, alguns por receio de enfrentar discriminação por parte da sociedade, outros, por medo de encarar a família; de encarar a situação a que serão expostos a partir daquele momento. Borges (2010). No entanto, a situação passou a ser encarada de forma mais amena quando, em meados da década de 90, o Ministério da Saúde instituiu a política de acesso universal aos medicamentos ARV, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse esforço foi iniciado, em 1991, com a distribuição de cápsulas de zidovudina (AZT) pelo Ministério da Saúde e,

a partir de 13 de novembro de 1996, com a Lei nº 9.313, foi garantido o livre acesso a medicamentos essenciais para o combate ao HIV a todos os cidadãos infectados, incluindo inibidores de protease. Dessa forma, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento a universalizar o acesso à terapia antirretroviral (LOPES; AZEVEDO, 2010, p. 16)

A partir dessa época, tornou-se possível conviver com o vírus da AIDS por vários anos sem perder a qualidade de vida, desde que se cumpra, com a devida atenção, o esquema terapêutico prescrito pelos médicos. Muitas ações foram, e ainda continuam sendo implementadas pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007) visando conter a epidemia, para isso, investe por meio de campanhas na realização de testes rápidos, com entrega de resultados imediatos; na promoção do aconselhamento pré e pós-teste, com profissionais altamente qualificados; na distribuição gratuita de preservativos e outros insumos de prevenção, tudo com o firme propósito de diminuir o número de novos casos da doença.

Ainda na tentativa de conter o avanço da doença, o Ministério da Saúde faz altos investimentos na compra de medicação ARV. “Em 2009, o gasto com estas medicações foi da ordem de R\$ 750 milhões, segundo dados do Departamento Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde”. (BRASIL, 2007)

Desde a instituição da Política Nacional de Acesso Universal aos Antirretrovirais (ARV), de 1996 a 2005, observou-se no Brasil uma redução da mortalidade por AIDS [...] e morbidade [...], o que corresponde a 90 mil óbitos evitados. Atualmente, cerca de 200 mil portadores de HIV/AIDS encontram-se sob terapia anti-retroviral (TARV) em todo o País. Ao todo, o Programa Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde, disponibiliza 17 drogas ARV; 8 delas produzidas por laboratórios nacionais (RIO GRANDE DO NORTE, 2008, p. 28)

Além do tratamento ARV, os usuários que vivem com AIDS, também necessitam eventualmente de medicações para infecções oportunistas (IO) e de doenças sexualmente transmissíveis (DST). No âmbito do SUS, a responsabilidade da compra e logística de distribuição destas medicações é da responsabilidade dos Estados e municípios, ficando a cargo do Ministério da Saúde apenas os ARV. (BRASIL, 2010). Vale ressaltar que para o Ministério da saúde, o princípio da já consolidada política brasileira é o direito à vida, acima de qualquer outra questão e é com base nisso que o Brasil investe fortemente na promoção dos direitos humanos, no acesso universal ao tratamento e na prevenção de novas infecções, sem deixar de considerar uma realidade que se impõe com o tratamento: a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.

2.1 A AIDS EM NÚMEROS

A mortalidade por AIDS, considerada como um dos problemas de maior

relevância para a Saúde Pública no Brasil vem atingindo, de forma heterogênea, diferentes segmentos da população.

Desde o surgimento da doença na década de 1980, são evidentes os esforços para o enfrentamento da epidemia, cuja incidência é considerada como uma das principais causas de morte, particularmente de adultos, jovens e pessoas em situação de pobreza (REIS; SANTOS; CRUZ, 2007, p. [3]).

No Brasil, conforme destaca a UNAIDS Brasil (2009), a prevalência da infecção na população de 15 a 49 anos é menor que 1% (0,61%), mas é maior do que 5% nos grupos mais vulneráveis para infecção pelo HIV. São considerados grupos mais vulneráveis: homens que fazem sexo com homem, profissionais do sexo e usuário de drogas injetáveis. Apesar de todo o investimento nas ações de prevenção e de comunicação social, em média, 35 mil novos casos são notificados por ano. Ainda nessa faixa etária estima-se que 630 mil pessoas vivem com HIV no país. Destas, a perspectiva é de que 255 mil não sabem que tem o vírus - porque nunca passaram pela testagem. (AIDS, [2009?]). Apesar desse fato, o número de testes para o HIV, no país, aumentou consideravelmente, passando de 24% da população, em 1998 para cerca de 40% em 2008 de exames realizados. (BRASIL, 2010).

Desde março de 2006, o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais vem implantando o teste rápido como diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil. Esta metodologia é utilizada no mundo inteiro e traz vantagens significativas quanto ao método laboratorial, pois são de simples realização, dispensando a atuação de profissionais especializados e de equipamentos de laboratório, permitindo o conhecimento imediato dos resultados e assistência imediata aos pacientes. (BRASIL, 2010, p. [1]).

Segundo dados do Departamento Nacional de DST/AIDS e Hepatites Virais, dentre estes, o número de casos acumulados de AIDS, que no período compreendido entre os anos de 1980 -“ano em que o Boletim Epidemiológico reporta o primeiro caso de AIDS no Brasil, e o primeiro óbito. O caso é identificado como masculino e de transmissão sexual” e 2009 é de 544.846 casos. No ano de 2008, mais especificamente, constata-se que para cada 100 mil habitantes, havia 18,2 casos de Aids (BARROS, 2007). Entre os 5.564 municípios brasileiros, 4.867 registram pelo menos um caso da doença, sendo assim, são registrados por ano 11 mil óbitos, ou seja, 6 óbitos por Aids no Brasil a cada 100 mil habitantes.

Apesar das dimensões continentais do Brasil, quando o assunto é comportamento sexual, as regiões apresentam poucas diferenças em relação ao retrato geral do país. []

A média nacional fica pouco abaixo (96,6%). Os dados são da Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira de 15 a 64 anos de idade (PCAP - 2008). (BRASIL, 2008, p. [1])

No entanto, apesar do conhecimento do fato, ainda existe o preconceito entre uma parcela da população que se nega a usá-la assumindo riscos muitas vezes mortais, em nome da moral e dos bons costumes. Junta-se a este fato ainda, as campanhas existentes entre as igrejas que apregoam o pecado para o uso da – hoje – considerada mais segura forma de prevenção contra o vírus da AIDS, por difundir a idéia de que a “Bíblia” condena esse ato.

Apesar de já se perceber uma discreta mudança entre os líderes da igreja, ainda no presente, a doutrina do catolicismo se percebe uma interpretação restritiva e condenatória acerca do assunto, onde prevalece a lei do pecado, principalmente no que diz respeito ao sexo. É desse pensamento, difundido nos púlpitos e na mídia, que surge a oposição intransigente à camisinha. “Para estes ultraconservadores, ‘o pecado mortal’ de quem faz sexo fora do casamento é mais grave do que o contágio do HIV. Pior do que morrer de Aids é ir para o inferno” (LIMA, 2007, p. 2).

O discurso da Igreja se fundamenta numa moral que quer santificar a união do homem e da mulher, repudiar a promiscuidade sexual, construir e valorizar a família. Rejeita o sexo fora do casamento e, por uma certa concepção de lei natural, só aceita o controle de natalidade por métodos naturais. Por isso condena as campanhas do preservativo, sobretudo por prescindirem dos aspectos morais do seu uso (LIMA, 2007, p. 2)

Esse é um fator preocupante porque ainda há indicativos de que o uso do preservativo ocorre muito mais entre homens que fazem sexo com outros homens (HSH) que entre os heterossexuais. A impressão que se tem é que, para estes, o uso do preservativo pode ocasionar má impressão na parceira, principalmente aquela com que se tem uma relação duradoura e firme.

[...] no início a infecção pelo HIV parecia limitar-se a determinados "grupos de risco" compostos por homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, com o correr do tempo ela foi buscando caminhos, tomando espaços na população geral e "socializando" a sua possibilidade de ocorrência, que antes parecia restrita aos "diferentes e famosos", passando progressivamente por um processo de pauperização e feminização da epidemia (SANTOS et al., 2002, p. 13).

Por esse motivo é que se deve aguerir em campanhas informativas

para esclarecer quais as formas que esse mal pode ser transmitido, desmitificando, assim, a idéia de que somente por meio de relações sexuais o ser humano pode ser acometido pelo vírus da AIDS. Como se sabe, diversos outros segmentos da sociedade são mais suscetíveis e vulneráveis a contraírem o vírus HIV. Segundo dados do Guia de Vigilância Epidemiológica (BRASIL, 2005, p. 131)

A susceptibilidade é geral, em vista dos vários modos de transmissão e transmissibilidade. Vulnerabilidade, para os não infectados, significa ter pouco ou nenhum controle sobre o risco de adquirir o HIV ou outra DST; e para os infectados ou afetados pela doença, ter pouco ou nenhum acesso a cuidados e suportes apropriados.

O referido guia apresenta ainda, os vários setores da sociedade que estão mais propensos a essa contaminação, em virtude das condições em que se encontram, ficando assim definidos

- ✓ Matriz de risco e vulnerabilidade – apresenta uma ocorrência frequente de comportamento de risco e alta vulnerabilidade, sendo prováveis responsáveis pela contaminação, nesta categoria, os presidiários; usuários de drogas injetáveis; profissionais do sexo; caminhoneiros e garimpeiros;
- ✓ Considerado como o grupo de ocorrência frequente de comportamento de risco, com vulnerabilidade variável, estão os homo/bissexuais masculinos (homens que fazem sexo com homens – HSH);
- ✓ O grupo com ocorrência variável de comportamento de risco com alta vulnerabilidade é composto por crianças e adolescentes; mulheres; índios; segmentos populacionais de baixa renda; efetivos militares e conscritos das Forças Armadas.

Um dado importante relatado pela Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas da População Brasileira (2008) é que os jovens usam mais o preservativo do que todas as outras faixas etárias. Estes são também, os que mais pegam a camisinha quando distribuída gratuitamente. A escola vem como o segundo local de mais acesso ao preservativo. Os que recebem a camisinha de graça usam-na duas vezes mais que aqueles que nunca pegaram.

Assim como no Brasil, observa-se a cada dia que esta não é uma realidade apenas brasileira. Em outros países, a exemplo, os lusófonos (Angola, Brasil, Cabo Verde, Guiné-Bissau, Moçambique, Portugal, São Tomé e Príncipe e Timor Leste), 1/4 da população com idade compreendida entre 15 e 54 anos fez ou faz uso do preservativo em todas as relações sexuais tidas com parceiros casuais no ano de 2008. (EPIDEMIA..., [2009?]).

Apesar de a epidemia ser concentrada, a Aids atinge hoje mulheres e homens de diferentes faixas etárias e classe social. No período de 1980 a 2009, conforme consta entre os dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) foram identificados 356 mil casos de Aids entre o sexo masculino, o que equivale a 65,4% do total pesquisado, e 188 mil casos entre o sexo feminino, o que representa 34,6% destes. No entanto, a razão entre esse número, a partir de 2002, diminuiu consideravelmente, no Brasil. Em 1986, esse número era de 15 casos de Aids em homens para cada caso em mulheres. Há época, a razão de sexo estabilizou-se em 15 casos em homens para cada 10 casos em mulheres.

Outro dado não menos preocupante é a crescente incidência da aids em relação à faixa etária de 13 a 19 anos em adolescentes do sexo feminino, o que pode provocar uma regressão na luta contra a epidemia no Brasil, principalmente pelo perigo de um aumento da transmissão vertical do vírus (de mãe para filho, durante a gestação, parto ou amamentação) (BRASIL, 2006).

Já entre os adultos do sexo masculino, em 2007, na categoria de exposição sexual, há mais transmissão entre heterossexuais (45,1%). Em relação aos que fazem sexo com outros homens (HSH) ocorre uma tendência de estabilização na proporção de casos. Contudo, na faixa etária de 13 e 24 anos, observa-se um aumento na proporção dos casos de Aids. (BRASIL, 2006)

O Departamento Nacional de DST/AIDS publicou, em 2009, um Boletim Epidemiológico Nacional divulgando a incidência de AIDS nos estados brasileiros entre os anos de 2002 a 2007 e classificou o Estado do Rio Grande do Norte em 22º lugar no número de casos. (BRASIL, 2009). De acordo com o Boletim Epidemiológico Estadual (RIO GRANDE..., 2010), ao longo do tempo, estes dados vêm subsidiando as secretarias estaduais e municipais de saúde para o planejamento da resposta à epidemia, que teve início em 1983 com o diagnóstico do primeiro caso. Desde então têm se acompanhado o seu crescimento – de 178 casos (entre adultos e crianças) notificados em 2000 para 280 casos (adultos e crianças) em 2009 - uma média de 250 casos nestes últimos 10 anos. Nesse período, também se observa uma tendência à interiorização da epidemia no Estado, estando presente em 69% dos municípios, contra 55% que havia em 1999. Apesar disso, a maior concentração de casos, 55% do total de 2000 a 2009, continua sendo na região metropolitana. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

O que se vê é que a crescente epidemia estadual gera a necessidade, não só da consolidação da rede de serviços de atenção, com capacidade instalada e qualidade da assistência, mas também, de

planos de ações que envolvam o processo de adesão ao tratamento ARV. Isto porque é necessário promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com Aids, assim como, estimulá-las ao fortalecimento de novos estilos de vida e de auto cuidado.

3 A AIDS NO RIO GRANDE DO NORTE

A resposta à AIDS no RN, desde o início da epidemia, foi organizada a partir dos serviços estaduais de saúde, especificamente na rede hospitalar, sendo o Hospital Estadual Giselda Trigueiro (HGT), em Natal, e o Hospital Rafael Fernandes (HRF), em Mossoró, os principais centros de atendimento.

Nos últimos 30 anos, a evolução crescente da epidemia também significou para estes hospitais um grande estrangulamento da assistência, uma vez que sozinhos eles tinham que continuar prestando uma atenção de qualidade, ao mesmo tempo em que o número de casos novos aumenta a cada ano. Nos últimos 10 anos, foram 2194 casos acumulados, segundo o Boletim Epidemiológico da SESAP (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Para fortalecer a resposta assistencial à AIDS, desde 2008, o Programa Estadual de DST/AIDS e Hepatites Virais vem trabalhando em uma proposta de descentralizar a assistência ambulatorial em AIDS dos hospitais de referência para serviços municipais de saúde. Isto se concretizou entre os anos de 2009 e 2010, com a criação de oito novos ambulatorios de assistência especializada nos seguintes municípios: São José do Mipibú, Macaíba, São Gonçalo do Amarante, Natal, Caicó, Santa Cruz, Pau dos Ferros e Parnamirim.

Ainda em 2010, durante o I Encontro Estadual de Adesão a Tratamento ARV, o movimento de pessoas que vivem com AIDS do RN, desenvolveu um documento solicitando a SESAP apoio para melhoria da qualidade da assistência dos hospitais de referência, assim como a concretização dos novos serviços ambulatoriais na rede de atenção do Estado.

Dentre as solicitações que constam neste documento cedido pelo Programa Estadual de DST/Aids, destacam-se: a) a disponibilidade de vagas para a marcação de consultas médicas, principalmente quando o usuário falta; b) a deficiência no número de ambulatorios/serviços de atenção especializada no Estado; c) a precariedade dos serviços ambulatorios de atenção especializada no tocante ao aconselhamento do farmacêutico, que é específico para o uso do medicamento; d) a falta de grupos de apoio ou de adesão a tratamento nos ambulatorios. Segundo constante no Boletim Epidemiológico Estadual (RIO GRANDE..., 2010), o período compreendido entre os anos 2000 a 2010, foram registrados 2723 casos de AIDS em adultos, no Estado do Rio Grande do Norte, o que equivale a aproximadamente 73,4% do total de casos registrados entre 1983 a 2010. Isso demonstra o crescimento da taxa de incidência da epidemia no Estado, passando de 9,1, em 2000 para 14,3 em 2010. Frente a esse crescimento, o Boletim

Epidemiológico Nacional, ano VII, de 2010, do Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais registra o Rio Grande do Norte como 21º lugar em número de casos de AIDS em Adultos (BRASIL, 2010). Diante desses fatos foi criado - no âmbito da SESAP - um grupo técnico de trabalho, formado por representantes de cada ambulatório da rede de atenção a Aids e de técnicos do Programa Estadual, para estabelecer as Diretrizes do Plano Estadual de Adesão ao Tratamento ARV, a ser implementado em todos os serviços de atenção especializada em DST/AIDS do Estado.

4 DIRETRIZES DO PLANO DE ADESÃO ARV NO BRASIL

O tratamento dispensado aos portadores do vírus da AIDS tem sido uma das maiores preocupações dos profissionais da área da saúde, em todo o mundo. Prova disso é que “desde o início da epidemia de AIDS, o Brasil expandiu expressivamente o número de serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), oferecendo mais de 600 serviços do SUS por meio da assistência ambulatorial”. (BRASIL, 2008, p. 5).

Essa mesma preocupação, no entanto, não tem sido verificada em meio à determinada camada da população acometida pelo vírus. Bem se sabe que, “a não-adesão à terapêutica antiretroviral [...] é considerada, no plano individual, como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento da pessoa com HIV/aids e para a disseminação de vírus-resistência no plano coletivo” (BRASIL, 2008, p. 5).

Todos os planos voltados à implementação de ações que venham a contribuir para melhorar a qualidade de vida do cidadão - seja ele portador ou não de qualquer mal que venha tolher seu desenvolvimento pessoal - precisam, antes de tudo ser tratados com responsabilidade e seriedade. Melhorar o tratamento dispensado às pessoas portadoras do vírus HIV é hoje, uma das atividades mais planejadas pelo campo da saúde a ser implementada em meio à comunidade, para isso se faz necessário antes de tudo

Analisar os fatores de risco para não-adesão à HAART,

além de agrupá-los e relacioná-los à pessoa em tratamento, à doença, ao tratamento e ao serviço de saúde e suporte social. [...] Estes estudos visam a favorecer o estabelecimento de estratégias que melhorem a adesão dos clientes à HAART, ao mesmo tempo em e que contribuem para a construção e exercício da cidadania. (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006, P. [1])

Apesar de todo o cuidado demonstrado pelas equipes envolvidas no âmbito da saúde para a correta continuidade do tratamento, existem situações que precisam ser administradas, as quais podem provocar o fracasso do mesmo. Prova disso são os diversos fatores apresentados pela literatura que podem definir a baixa ou nenhuma adesão ao tratamento, tanto das doenças crônicas, quanto da própria AIDS.

4.1 FATORES DE RISCO RELACIONADOS À PESSOA DO TRATAMENTO

Os fatores de risco que dizem respeito à pessoa sob tratamento. Segundo estes a situação de Renda é relevância somente em casos de extrema pobreza, por ser esta um empecilho para o acesso ao tratamento.

A Escolaridade é determinada como fator de baixo risco, apesar de um trabalho nacional apontar sua relação com a adesão. As Condições de Habitação são apontadas como fatores de baixo risco, sendo comparada neste caso com os casos em que existe a situação de extrema pobreza. O Sistema Prisional apresenta uma variedade de problemas e barreiras inerentes ao tratamento. Nele o acesso a HAART e a adesão são quase impossíveis em virtude dos regimes prisionais. Questões de Raça vêm sendo freqüentemente analisadas por se caracterizarem as populações estudadas como tendo baixo valor de risco. No entanto, um estudo recente, realizado no Brasil, evidenciou que os negros têm 6,5 vezes mais risco de não-adesão.

Casos de ocupação/emprego têm associação direta entre este fator e a adesão em condições de adversidade extrema, gerando um impacto negativo na participação do cliente em seu tratamento.

No fator Sexo analisados os contextos mais específicos, o sexo masculino está mais amplamente associado a não-adesão. Em relação às mulheres fica constatado que as atribuições domésticas tem sido um empecilho para o tratamento, no entanto, quando adotadas medidas visando minimizar estes encargos, as pesquisas apresentam uma considerável melhora na adesão.

A Idade é um fator que gera responsabilidade, por isso, a medida que o tempo passa cresce o cuidado com o tratamento de um modo geral, exceto aos portadores com idade acima 75 anos. No tocante a Religião um estudo que envolveu homens soropositivos para HIV e assintomáticos, os que eram afro-americanos lidavam com o problema desenvolvendo sentimentos de desamparo, de negação e de retorno à religião e, menos freqüentemente, procuravam suporte social, manifestando pior adesão. (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO,

2006).

4.2 FATORES DE RISCOS RELACIONADOS À DOENÇA

Entre os fatores de riscos relacionados à doença, a ausência de vantagem terapêutica; ausência de sintomas; a falta de vantagens terapêuticas imediatas e a necessidade de controle periódico se associam a não-adesão. As mudanças na rotina de vida do indivíduo podem interferir na adesão.

“Adesão ao tratamento é um processo permanente contínuo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um [...]” (BRASIL, 2005).

O fato de “sentir-se bem” é apontado como razão para a não adesão, porque a pessoa avalia que não há necessidade da medicação, em alguns casos só retornando ao uso ao sentir-se mal. Em contrapartida, ao se sentir mal o usuário pode atribuir o mal estar ao uso dos medicamentos, provocando a interrupção do tratamento. Como se percebe, essa questão sintomática bem mais complexa do que se tem apresentado.

Um fator bastante sério diz respeito ao grau de gravidade da doença. “Estudos atestam que a adesão para HAART foi expressivamente mais baixa entre os clientes com menor contagem de células CD4+, sugerindo que como a doença torna-se mais intensa em sua manifestação, a adesão pode ser comprometida.” (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

4.3 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AO TRATAMENTO

Para os fatores de riscos relacionados ao tratamento, a adesão inicial não é fator preditor para a adesão de longo prazo, mas para a não-adesão, que aumenta conforme passagem do tempo de tratamento. No tocante a complexidade do tratamento, o número de doses e drogas, os efeitos colaterais e as mudanças no estilo de vida são fatores que podem levar a uma diminuição na adesão ao tratamento. “Estudo brasileiro apresentou resultados significativos em relação ao número total de comprimidos prescritos/dia. Os resultados mostraram que, para cada comprimido ingerido, o risco de não-adesão aumentava 1,12 (12%). (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

4.4 FATORES DE RISCO RELACIONADOS AOS SERVIÇOS DE SAÚDE E SUPORTE SOCIAL

Ao se tratar da qualidade do cuidado mais precisamente no que diz respeito a relação entre paciente e profissionais de saúde fica confirmado que a relação positiva entre estes contribui para melhora da adesão. Segundo Colombrini; Lopes; Figueiredo (2006, p. 1), este fator, avaliado como primordial no processo no momento em que se o cliente se apercebe da competência do profissional, da qualidade e clareza da comunicação, da preocupação dos profissionais em envolver os

clientes nas decisões referentes ao tratamento, com o sentimento de apoio, com a satisfação com a equipe e informações adequadas sobre o tratamento e a gravidade dos efeitos.

Outro ponto importante diz respeito ao acesso ao serviço, já que a distância entre o domicílio e o local de entrega dos medicamentos tende a gerar dificuldade para o cumprimento dos protocolos terapêuticos.

Para Colombrini; Lopes; Figueiredo (2006), a facilidade em agendar os procedimentos e o retorno às consultas e aos procedimentos são fatores favoráveis para a adesão. Junto a isso, o suporte social, por meio de programas que provêm serviços essenciais aos pacientes, dentre estes, transporte, assistência a crianças (filhos) dos pacientes, assistência aos dependentes químicos, são alguns dos aspectos essenciais para garantir o sucesso do tratamento clínico.

É importante que seja dada atenção redobrada aos pacientes para que estes se sintam cada dia mais motivados a continuarem com o tratamento, evitando - além do desgaste que tende a atingir os profissionais - o risco de vê-los desistirem no “meio do caminho”. “A falta de motivação para seguir corretamente os esquemas terapêuticos representam um forte fator de risco para o adoecimento por doenças oportunistas e outras comorbidades, acarretando em uma diminuição na sobrevida”. (COOPERMAN; ARNSTEN, 2005; DILORIO, et al., 2003 citados por DEWES; MÜHLEN; LEITE, 2010).

Considerando (a) efetividade de intervenções motivacionais para auxiliar os pacientes a lidar com a complexidade das estratégias terapêuticas e sua implicação na adesão ao tratamento antirretroviral – já que viver com HIV envolve a superação de obstáculos individuais e coletivos, e (b) a evidência, apontada por inúmeros estudos, de que intervenções motivacionais representam boas estratégias para lidar com o tratamento de HIV/ AIDS e propiciar mais qualidade de vida ao paciente, o o presente estudo visa realizar uma revisão sistemática para avaliar como as intervenções motivacionais podem promover a adesão ao tratamento antirretroviral em portadores de HIV/AIDS de forma efetiva (DEWES; MÜHLEN; LEITE, 2010, p. 17).

Para a elaboração de estudos mais aprofundados sobre o problema, bem como, pensando em reduzir os impactos causados pelo mesmo, foi organizado o 1º Encontro Estadual para o Fortalecimento das Estratégias de Adesão a Tratamento com Antiretrovirais do RN, cuja proposta é “diminuir a morbimortalidade causada pela infecção e estimular o autocuidado, além de trabalhar a prevenção da transmissão do vírus”. (AUGUSTO; SILVA, 2010, p. 52).

Para Sônia Cristina Lins da Silva, responsável técnica do Programa Estadual de DST/Aids da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP), esta é apenas parte da primeira etapa deste processo coletivo de planejamento, cujo programação conta com a “participação dos profissionais dos Serviços de Atenção Especializada em DST/Aids

(SAEs) e do Movimento de Pessoas que vivem com HIV”, os quais são responsáveis pela elaboração das propostas inseridas no Plano de Adesão ao Tratamento Anti-retroviral (ARV) no Estado. (RIO GRANDE..., 2010).

A meta principal deste projeto é o estabelecimento de ações que contribuam para a adesão ao tratamento ARV. Segundo Sônia Cristina Lins da Silva, “uma vez implementadas pelos serviços, estas ações vão fortalecer a resposta à epidemia, diminuir a morbimortalidade da infecção e estimular as estratégias pessoais de autocuidado” (RIO GRANDE..., 2010)

4.5 SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO ARV

A adesão ao tratamento ARV por parte dos usuários que vivem com HIV/Aids é, em geral baixo. Estudos realizados pelo Ministério da Saúde demonstram que alguns fatores foram identificados como limitadores ou impeditivos da adesão do indivíduo à consulta e à terapêutica. “Adesão é um processo permanente e contínuo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde. Cada um tem sua responsabilidade”. (BRASIL, 2010, [1]).

Durante o levantamento de informação junto à Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte, especificamente no tocante ao Programa Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais, ocorrido durante o I Encontro Estadual de Adesão a Tratamento, constatou-se, após pesquisa realizada na ocasião, que são vários os motivos relatados pelos pacientes, além dos já acima citados, para a não adesão aos ARV, dentre estes, os pacientes destacaram a dificuldade em ir às consultas médicas nos ambulatórios onde são prestados os serviços, por falta de recursos próprios para o transporte. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Relatam sobre a quantidade de ambulatórios com serviço especializados no estado o que, para eles, restringe as opções dos usuários os fazendo reféns dos serviços estaduais de Saúde Pública (Hospital Giselda Trigueiro e Hospital Estadual Rafael Fernandes). Reclamam também da falta de informações, bem como, de campanhas de educação e comunicação relacionadas à adesão, o que ajudaria a esclarecer, por exemplo, sobre o uso dos medicamentos. (RIO GRANDE DO NORTE, 2010).

Para eles, outro fator que acaba gerando transtornos diz respeito à quantidade de casas de apoio, que para eles é muito pouca. Já que estas têm como finalidade facilitar a permanência dos usuários nos municípios que oferecem assistência especializada, deveria existir um número suficiente para atender à demanda. A fragilidade na integração entre os ambulatórios e os demais serviços da rede de atenção às DST/AIDS, bem como, dos ambulatórios com os centros de atenção psicossocial foram outros sérios motivos relatados.

Para os entrevistados, dois fatores bastante graves é que, além da pouca quantidade de vagas disponíveis para marcação de consultas com os médicos infectologistas, existe uma deficiência de profissionais capacitados a atender a população em outras especialidades, a exemplo disto destacam a área de infectologia pediátrica. Percebe-se,

entre os usuários do sistema, a insuficiência de grupos de adesão a tratamento de ARV nos ambulatorios, para eles, isso leva a crer que ainda existem a estigma e a discriminação dos profissionais de saúde com relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A carência de serviços relacionados à atividade física como forma de prevenção dos agravos decorrentes dos efeitos colaterais que são provenientes dos ARVs foi um dos fatores citados como dificuldade em manter o tratamento. Se o Estado não disponibilizar um espaço com esse fim fica inviável porque ainda existem muitas pessoas portadoras HIV/AIDS sem geração de renda, o que impossibilita a busca por um serviço particular.

Como se observa todas estas dificuldades incidem diretamente na adesão ao tratamento ARV e perpetuam a possibilidade cada vez maior do aumento do número de casos de Aids e, conseqüentemente, de mortalidade pelo agravo. Segundo constante no Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids (BRASIL, 2008) a adesão “é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social”. A segurança desses direitos, bem como, a boa convivência entre as partes envolvidas são garantias de vida para os portadores do HIV, que, em grande maioria se sentem discriminados e abandonados em meio à sociedade. Portanto, fica claro que esse processo

Transcende a simples ingestão de medicamentos, incluindo o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/AIDS, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso a informações, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de TARV (BRASIL, 2007, p. [1]).

Para Adão e Caraciolo (2007) os ARV foram desenvolvidos com o intuito de transformar a AIDS em uma doença crônica. O uso dessa terapêutica tem proporcionado benefícios consideráveis aos seus usuários, como por exemplo, a melhoria na qualidade de vida com a diminuição do número de internações, o que favorece ao usuário uma vida relativamente normal, sem grandes consequências ou danos. Ainda de acordo com os autores, a disponibilização de drogas ARV causou uma importante modificação na história natural da infecção pelo HIV. A introdução da terapia combinada de alta potência foi seguida de uma rápida diminuição na morbidade e mortalidade. Em 1987 - quatro anos após a descoberta de que o vírus HIV era o potencial responsável pela AIDS - a zidovudina (AZT), medicamento utilizado para reduzir a ação do vírus sobre o organismo afetado foi aprovada nos Estados Unidos e introduzida no tratamento de infecções. Diante do exposto pelos vários especialistas já citados constata-se que

os objetivos da terapia ARV são prevenir e/ou reverter a destruição imunitária, prevenir infecções e neoplasias relacionadas ao HIV, aumentar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida dos usuários. Total ou parcialmente, esses objetivos são atingidos com as drogas hoje disponíveis. Entretanto, esses medicamentos levam ao aparecimento de grande número de novos problemas clínicos, que devem ser encarados pelos usuários e pelos profissionais envolvidos. Nogueira (2007) enfatiza que em primeiro lugar, é importante destacar que as drogas atuam fundamentalmente nas etapas de replicação viral, por isso mesmo, não se aceita a possibilidade de erradicação viral. Outra grande limitação é o desenvolvimento de resistência aos ARV. Mutações de genoma do HIV são geradas com frequência muito elevada a cada dia, sendo que algumas delas conferem resistência aos medicamentos.

O uso contínuo e prolongado de medicamentos gera efeitos colaterais, somando ao quadro clínico da infecção a toxicidade dos medicamentos. Em resumo, de acordo com a autora, entre os principais efeitos do tratamento ARV estão as lesões da medula óssea causada pela zidovudina, pancreatite e neuropatia periférica associada à estavudina e à didanosina e hepatotoxicidade pelos inibidores de protease. Em meio aos efeitos tóxicos mais temidos estão as síndromes metabólicas e certas alterações morfológicas: entre as primeiras encontram-se a hiperglicemia (por resistência à insulina), hiperlipidemia (aumento de triglicerídeos da fração de LDL) e acidose láctica, entre outras. As alterações morfológicas estão associadas à redistribuição de gorduras nos membros, com realce do desenho vascular. As consequências em longo prazo não são totalmente reconhecidas, mas é possível um aumento significativo de eventos cardíaco e cerebral.

Outro fato é a ocorrência da síndrome de recuperação imunitária. A HAART suprime a replicação viral e pode levar a recuperação de mecanismo imunitário. Este fato é comprovado pela redução de intercorrências infecciosas, pela elevação de números de linfócitos e pelo restabelecimento de resposta imunitária específica contra alguns agentes infecciosos.

Essa recuperação permite a suspensão de quimioprofilaxia primária e de terapias supressivas específicas. Entretanto, a recuperação imunitária pode associar-se com o aparecimento de manifestações atípicas de doenças infecciosas e doenças inflamatórias em alguns indivíduos. Essas manifestações enquadram-se no que é reconhecido como “síndrome de recuperação imunitária”, muitas vezes de difícil diagnóstico diferencial com a reativação dessas infecções. (HINRICHESEN, 2005).

A síndrome é mais frequentemente descrita em indivíduos que iniciaram HAART com nível baixo de linfócitos CD4 e que apresentam rápida elevação dos mesmos. Em geral, ocorre nos primeiros meses após a introdução da terapia ARV. As infecções mais descritas nessa síndrome são causadas por microbactérias, *Cryptococcus neoformans*, citomegalovírus e vírus varicelazoster. Além da reintrodução de terapias específicas, é comum indicar-se a associação de

corticosteróides até o controle das manifestações clínicas. (HINRICHESEN, 2005).

4.6 SISTEMA QUALIAIDS E SUA APLICAÇÃO

Para que todas os serviços sejam prestados de forma a manterem o interesse das pessoas acometidas pelo vírus HIV/Aids em continuar com o tratamento, diminuindo, assim, a incidência de casos registrados em todo o país, as organizações envolvidas nesse processo não medem esforços. Assim sendo, para contribuir com a autoavaliação da qualidade dos serviços prestados nos ambulatorios criados pelo SUS - para assistência aos soropositivos - foi desenvolvido o Sistema Qualiads. O Sistema Qualiads compõe o conjunto de iniciativas do Departamento DST/Aids e Hepatites Virais direcionadas para o incremento da qualidade da assistência aos que vivem com HIV/Aids nos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). É direcionado às equipes técnicas locais e visa contribuir para aumentar a qualidade da assistência no serviço.

O Questionário Qualiads teve sua origem no ano 2000, quando foi validado pela Equipe de Pesquisa Qualiads com o apoio do Ministério da Saúde. Sob a coordenação da Professora da Faculdade de Medicina da USP, Maria Ines Battistella Nemes, a equipe é composta, também, por professores, pesquisadores e técnicos do Departamento DST/Aids e Hepatites Virais do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2008, p. [1])

O referido sistema é composto de um questionário eletrônico, intitulado questionário Qualiads - o qual é apresenta 107 questões de múltipla escolha direcionadas aos gerentes e equipes locais dos serviços. As questões envolvem os tipos de recursos, bem como, a organização da assistência dos serviços e seus indicadores de qualidade, tendo seus questionamentos classificados em três níveis que variam entre 0 e 2, sendo o número 2 o indicativo de melhor qualidade. (BRASIL, 2008a, p. 7)

De acordo com o Manual Qualiads: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS ao término do preenchimento do questionário, o sistema, após calcular a média obtida classifica-o conforme o padrão determinado, qual seja, a porcentagem em relação ao "padrão ouro" de valor 2 (Ex: média obtida: 1,5; equivalente a 75% do padrão ouro)" (BRASIL, 2008a, p. 7).

Para concluir a avaliação o sistema emite um relatório onde agrega as respostas – de acordo com seus respectivos níveis – (0, 1 e 2), permitindo a consulta as várias recomendações do Guia Qualiads, acerca das boas práticas relativas aos serviços. (BRASIL, 2008a, p. 7).

O sistema Qualiads apresenta como diretriz principal a idéia de que todos os serviços precisam possuir as devidas condições de disponibilidade de recursos; a correta organização da assistência e um gerenciamento técnico sério e comprometido a garantir o cuidado de qualidade aceitável.

A importância do questionário Qualiads como apoio ao gerenciamento local, gerou a necessidade de o Departamento DST/Aids e Hepatites Virais disponibilizar a utilização deste instrumento para todos os

serviços do país.

A partir de 2006, diante da constante busca pelas informações disponibilizadas pelo questionário, as equipes Qualiaids, e do Departamento, decidiram por atualizar o questionário e seu modelo de classificação dos níveis de qualidade, adaptando-o para uso eletrônico via Web e integrando a este o Guia Qualiaids com suas recomendações de boas práticas. (BRASIL, 2008, p. 5)

Conforme constante em Brasil (2008), a primeira aplicação do questionário se deu entre os anos 2001 e 2002, por meio, ainda, do questionário impresso, abrangendo, à época, sete estados brasileiros. Sua taxa de respostas girou em torno de 95,8%, o equivalente a 322 serviços entrevistados.

A implantação do Sistema Qualiaids aconteceu oficialmente no ano de 2007, quando foi disponibilizado pelo Departamento DST/Aids e Hepatites Virais para todos os serviços do país. Sua taxa de resposta atingiu o percentual de 80%, ou o equivalente a 504 serviços avaliados. Os dados obtidos nos anos de 2001 e 2007 foram consolidados e divulgados, estando, estes resultados, disponibilizados para comparação no Relatório Qualiaids - 2008. (BRASIL, 2008).

Em 2010 o Departamento DST/Aids e Hepatites Virais convidou a todos os serviços do SUS, prestadores da assistência em nível ambulatorial às pessoas soropositivas, a participarem da 3ª etapa da aplicação do Sistema Qualiaids, visando com isso, continuar com a estratégia gerencial de Monitoramento e Avaliação; incluir os serviços criados após o ano de 2007, como também, os que não puderam, por outros motivos, participar das aplicações anteriores. (BRASIL, 2008)

5 DIREITOS FUNDAMENTAIS

5.1 DECLARAÇÃO DOS DIREITOS FUNDAMENTAIS DA PESSOA PORTADORA DO VÍRUS DA AIDS.

De nada adiantam todos os esforços empreendidos dia-a-dia pelas pessoas envolvidas nessa luta pela vida se estas não tiverem, no mínimo, os seus direitos respeitados. Diante da realidade apresentada em face dessa doença, sabe-se que falar em cura é ainda algo distante a ser alcançado, no entanto, tratar da cura “da alma” pode ser o caminho mais próximo para se alcançar a dignidade destas pessoas. De acordo com o constante na Constituição Federal Brasileira (1988) todos os cidadãos têm, assim como seus deveres, direitos que devem ser garantidos a qualquer tempo, em qualquer lugar do país dentre eles a dignidade da pessoa humana e o acesso à saúde pública sendo dessa forma, amparados pela lei.

Além do mais, o Brasil também possui legislação específica para defesa dos grupos considerados como mais vulneráveis ao preconceito e à discriminação social, a saber, os homossexuais, as mulheres, os negros, as crianças, os idosos e portadores de deficiência e de doenças crônicas infecciosas.

Frente a isso e pensando em proteger os direitos destes últimos, no ano de 1989, os profissionais da saúde, membros da sociedade civil e o Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais juntaram esforços e criaram a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids, documento este, aprovado no Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids (ENONG).

Diante da importância que esse documento representa para a sociedade, principalmente no que diz respeito aos portadores do HIV/Aids, vale deixar registrado - na íntegra – o seu conteúdo, o qual declara que:

I - Todas as pessoas têm direito à informação clara, exata, sobre a aids.

II – Os portadores do vírus têm direito a informações específicas sobre sua condição.

III - Todo portador do vírus da aids tem direito à assistência e ao tratamento, dados sem qualquer restrição, garantindo sua melhor qualidade de vida.

IV - Nenhum portador do vírus será submetido a isolamento, quarentena ou qualquer tipo de discriminação.

V - Ninguém tem o direito de restringir a liberdade ou os direitos das pessoas pelo único motivo de serem portadoras do HIV/aids, qualquer que seja sua raça, nacionalidade, religião, sexo ou orientação sexual.

VI - Todo portador do vírus da aids tem direito à participação em todos os aspectos da vida social. Toda ação que visar a recusar aos portadores do HIV/aids um emprego, um alojamento, uma assistência ou a privá-los disso, ou que tenda a restringi-los à participação em atividades coletivas, escolares e militares, deve ser considerada discriminatória e ser punida por lei.

VII - Todas as pessoas têm direito de receber sangue e hemoderivados, órgãos ou tecidos que tenham sido rigorosamente testados para o HIV.

VIII - Ninguém poderá fazer referência à doença de alguém, passada ou futura, ou ao resultado de seus testes para o HIV/aids, sem o consentimento da pessoa envolvida. A privacidade do portador do vírus deverá ser assegurada por todos os serviços médicos e assistenciais.

IX - Ninguém será submetido aos testes de HIV/aids compulsoriamente, em caso algum. Os testes de aids deverão ser usados exclusivamente para fins diagnósticos, controle de transfusões e transplantes, estudos epidemiológicos e nunca qualquer tipo de controle de pessoas ou populações. Em todos os casos de testes, os interessados deverão ser informados. Os resultados deverão ser transmitidos por um profissional competente.

X - Todo portador do vírus tem direito a comunicar apenas às pessoas que deseja seu estado de saúde e o resultado dos seus testes.

XI - Toda pessoa com HIV/aids tem direito à continuação de sua vida

civil, profissional, sexual e afetiva. Nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania

Importante lembrar que o cidadão merece ter seus direitos respeitados em toda e qualquer área, seja ela social ou familiar. O respeito ao próximo tem que ser uma prática constante em meio à sociedade – igual a todo o cidadão – seja ele portador ou não do vírus da AIDS.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como se sabe a AIDS é uma doença crônica e sem cura. A doença que atinge atualmente uma escala de grandes proporções de infectados alcançou o grau de pandemia, pois, além de se ter espalhado por vários continentes, é infecciosa e continua matando um grande número de pessoas.

A cura da AIDS ainda não foi descoberta, no entanto, o tratamento dispensado aos pacientes é eficiente, pois favorece o controle da doença, aumentando a perspectiva de vida dos mesmos.

Apesar de suas recentes evidências, a doença foi reconhecida mundialmente somente na década de 1981. Porém, existem indícios de sua existência desde cerca de trinta anos atrás. Até hoje, várias pesquisas são desenvolvidas na expectativa de se descobrir a origem do vírus. A teoria levantada é que este teve sua origem na África Central, em virtude de uma mutação com outro vírus não patológico, cujo hospedeiro é o macaco.

Desde a descoberta da epidemia de AIDS no Brasil, muito se tem

investido na busca pela implantação de serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). Atualmente o país registra mais de 600 serviços do SUS que prestam assistência ambulatorial às PVHA, sob a administração dos municípios, estados, União, Universidades, e Organizações não governamentais conveniadas com o SUS.

O primeiro caso de AIDS no RN foi diagnosticado em 1983 e, desde então, a Secretaria Estadual de Saúde Pública acompanha o crescimento dos casos da doença de acordo com o número de notificações existentes. Nos último dez anos o Estado tem convivido com uma média de 250 (duzentos e cinquenta) casos de AIDS ao ano. A crescente epidemia estadual da doença gerou a necessidade de planos e ações que prestigiassem medidas para a adesão da população ao tratamento ARV. O crescimento epidêmico trouxe para o Hospital Estadual Giselda Trigueiro (HGT), em Natal, e o Hospital Rafael Fernandes (HRF), em Mossoró, os quais são os principais centros de atendimento da AIDS, um grande estrangulamento da capacidade de assistência, devido ao crescimento da demanda por atendimento. Os hospitais citados encontram dificuldades para manter a qualidade do atendimento ao público, ao tempo que, o número de casos novos aumenta a cada ano.

Visando amenizar as dificuldades no atendimento aos soropositivos, ocorrida nos principais centros de atendimento da AIDS no Estado do Rio Grande do Norte, surgiu a proposta de descentralizar a assistência ambulatorial desses centros para os serviços municipais de saúde, com a criação de ambulatorios de assistência especializada em AIDS. Em 2009 e 2010 foram criados oito desses novos ambulatorios em diferentes municípios.

Também, no âmbito da Secretaria Estadual de Saúde Pública, foi criado um grupo técnico de trabalho formado por representantes de cada ambulatorio de assistência especializada em AIDS e de técnicos do Programa Estadual de DST/AIDS para estabelecer as diretrizes do Plano Estadual de Adesão ao tratamento ARV, o qual será implantado em todos os serviços de atenção especializada em DST/AIDS do Estado.

As medidas constantes no Plano Estadual de Adesão ao tratamento ARV são recentes e carecem de maior divulgação para que atinjam cada vez mais um maior número de pessoas. Além disso, o Plano deve contemplar ações que promovam a capacitação profissional para que haja tanto melhora quantitativa, quanto qualitativa no atendimento ao público. A medida descentralizadora do tratamento da AIDS no RN é nova e deve ser acompanhada de melhorias que trarão, inclusive, a expansão do projeto.

REFERÊNCIAS

ADÃO, Valvina Madeira, CARACIOLO, Joselita M. M. Impacto psicossocial da lipodistrofia. In: CARACIOLO, Joselita M. M.; SHIMA, Emi (Coord.). **Adesão da teoria à prática: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo**. São Paulo: São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007.

ADESÃO ao tratamento ARV: qualidade de vida. Santa Catarina: Secretaria da Saúde, 2009. Disponível em:
<<http://www.ideal dicas.com/adesao-ao-tratamento-arv-qualidade-de-vida/>>.
Acesso em: 22 Out. 2011.

AIDS: boas perspectivas, mas muito trabalho pela frente: cinco novas pessoas infectadas para cada duas que iniciam o tratamento, [2009?]. Disponível em:
<<http://www.einstein.br/espaco-saude/proteja-se/Paginas/aids%E2%80%93boas-perspectivas-mas-muito-trabalho-pela-frente.aspx>>. Acesso em: 15 dez. 2011.

AIDS: vírus HIV: introdução à aids, 2011. Disponível em:
<http://www.webciencia.com/10_aids.htm>. Acesso em: 04 out. 2011.

AUGUSTO, Paulo; SILVA, Williane. **Encontro estadual discute melhorias no tratamento de HIV**. Natal: SESAP, 2010. Disponível em:
<http://www.energia.rn.gov.br/contentProducao/aplicacao/sesap/imprensa/enviados/noticia_detalhe.asp?nImprensa=0&nCodigoNoticia=21770>.
Acesso em: 21 Set. 2011.

BARROS, David. (Org.). No Brasil. **Instituto Beneficente Viva a Vida**. Brasília, 2007. Disponível em:
<http://www.ibvivavida.org.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=61&Itemid=70&9a0eb4d3963199475069fd8a4bcd9ac5=cubdrbba>. Acesso em: 11 nov. 2011.

BOGLIOLO, Lurgi. **Patologia**. 7 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BORGES, Nelma. **Entrevista realizada no Fórum de Organizações Não Governamentais (ONGs) AIDS, do Estado de São Paulo**. São Paulo, [S.n], 2010.

BRASIL. Departamento de Epidemiologia. **Manual de Vigilância Epidemiológica**. Brasília, [200 __?]. (Caderno 6. Aids, Hepatites Virais, Sífilis Congênita, Sífilis em Gestante).

_____. Departamento Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico Nacional**. Brasília, 2007.

_____. Departamento Nacional de DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico Nacional**. Brasília, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais: portal sobre AIDS, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais. **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/testagem-para-hiv>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Pesquisa de conhecimentos, atitudes e práticas relacionadas às DST e AIDS da população brasileira de 15 a 64 anos de idade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/publicacao/pcap-2008>>. Acesso em: 12 nov. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Qualiaids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/qualiaids/sobre.asp>>. Acesso em: 20 dez. 2011.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo de Assistência Farmacêutica em DST/HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Programa Nacional de DST/Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília, 2008b.

_____. Programa Nacional de DST/Aids. **Qualiaids**: avaliação e monitoramento da qualidade da assistência ambulatorial em AIDS no SUS. Brasília, 2008a. p. 5. (Série A. Normas e manuais Técnicos).

BRUNNE & SUDDARTH'S. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11 Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009

CARACIOLO, Joselita M. M., SHIMA, Emi (Coord). **Adesão da teoria à prática**: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007.

CAVALLI, Helenara Osório. **Adesão à terapia HIV**. In.: SEMINÁRIO INTERMUNICIPAL DE DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS. Cascavel: CEDIP, [20__?].

COLOMBRINI, MRC; LOPES, MHBM; FIGUEIREDO, RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV / AIDS. **Rev Esc Enferm**, USP, 2006, 40(4):576-81.

Disponível em: <<http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/292.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2011.

DEWES, Diego; VON MÜHLEN, Bruna Krimberg; LEITE, José Carlos de Carvalho. Efetividade de intervenções motivacionais para promover Adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com Hiv: uma revisão sistemática. **Revista de Psicologia da IMED**, vol.2, n.1, p. 327-339, 2010. Disponível em:

<<http://revistapsico.imed.edu.br/index.php/revistapsico/article/download/44/43>>. Acesso em: 20 nov. 2011.

EPIDEMIA de VIH nos países de língua oficial portuguesa: situação atual e perspectivas futuras rumo ao acesso universal à prevenção, tratamento e cuidados. Portugal: Comunidade dos Países de Língua Portuguesa (CPLP), [2009?]. Disponível em:

<http://www.aidsportugal.com/Modules/WebC_Docs/GetDocument.aspx?DocumentId=126>. Acesso em: 10 nov. 2011.

HINRICHESEN, S. L. **Doenças Infecciosas e Parasitárias**. Rio de Janeiro: Médica e Científica, 2005.

JEKEL, J. F. **Epidemiologia, Bioestatística e Medicina Preventiva**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

LABOISSIÉRE, Paula. **HIV**: cerca de 250 mil infectados não sabem. Agência Brasil. Espírito Santo: [S.n], 2010.

LIMA, Luís Corrêa. Políticas públicas e conflito moral: a Igreja Católica e a camisinha. **Rev. do Depto. de Serviço Social**. Rio de Janeiro: PUC, 2007. Disponível em: <http://www.maxwell.lambda.ele.puc-rio.br>. Acesso em: 20 dez. 2011.

LOPES, Maria Gabriela da Silva; AZEVEDO, Carravilla. **Acesso gratuito aos medicamentos Antirretrovirais**: contribuição do legislativo para a Política de combate à aids no Brasil. Brasília: Biblioteca Digital da Câmara dos Deputados, 2010. Disponível em: <http://bd.camara.gov.br/bd/bitstream/handle/bdcamara/5424/medicamentos_antirretrovirais_azevedo.pdf?sequence=1>. Acesso em: 9 nov. 2011

NEVES, Lis Aparecida Souza de; GIR, Elucir. Mães portadoras do HIV/AIDS: percepções acerca da severidade da infecção. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, vol.41, n.4, São Paulo, p. 613-8, jul/2006/jan/2007

NOGUEIRA, Roberta Schiavon. ARV: orientação adequada pode reduzir impacto dos efeitos adversos. In: CARACIOLO, Joselita M. M.; SHIMA, Emi (coord.). **Adesão da teoria à prática**: experiências bem sucedidas no Estado de São Paulo. São Paulo: São Paulo: Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS, 2007.

PESQUISA de conhecimentos, atitudes, e práticas da população brasileira de 15 a 64 anos de idade: jovens do Sudeste estão mais atentos ao uso da camisinha. São Paulo: Medeitex, 2008. Disponível em: <http://www.madeitex.com.br/preservativos/index.php?option=com_content&task=view&id=6&Itemid=4>. Acesso em: 15 dez. 2011.

REIS, Ana Cristina, SANTOS, Elizabeth Moreira dos, CRUZ, Marly Marques da. A mortalidade por aids no Brasil: um estudo exploratório de sua evolução temporal. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, v.16, n.3. Brasília set. 2007

RIO GRANDE DO NORTE. Secretaria de Estado de Saúde Pública. Programa Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico**. Natal: SESAP, 2010.

SANTOS, Naila Janilde Seabra et al. **A aids no Estado de São Paulo:** as mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica: AIDS in the State of São Paulo. Changes in the profile of the epidemic and prospects for epidemiological surveillance. Rev. bras. epidemiol. v. 5, n.3, São Paulo, dec. 2002. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300007>>. Acesso em: 11 nov. 2011.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE INFECTOLOGIA. **Guia de doenças.** São Paulo: SBI, 2011. Disponível em: <<http://www.sbinfecto.org.br/publicoleigo/default.asp?siteAcao=mostraPagina&paginaId=9&acao=guia2&guiaId=2>>. Acesso em: 15 out. 2011

UNAIDS BRASIL. **A ONU e a resposta à Aids no Brasil.** Brasília: UNAIDS/OMS, 2009.