

**DIRETRIZES PARA O FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE ADESÃO AO  
TRATAMENTO PARA PESSOAS QUE VIVEM COM HIV E AIDS**

© 2007. Ministério da Saúde  
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra,  
desde que citada a fonte.  
Tiragem: 500 exemplares

## ELABORAÇÃO, DISTRIBUIÇÃO E INFORMAÇÕES

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
Secretaria de Vigilância em Saúde  
Programa Nacional de DST e Aids

Av. W3 Norte, SEPN 511, bloco C  
CEP: 70.750-000, Brasília – DF  
E-mail: [aids@aims.gov.br](mailto:aids@aims.gov.br) / [edicao@aims.gov.br](mailto:edicao@aims.gov.br)  
Home page: <http://www.aims.gov.br>  
Disque Saúde / Pergunte Aids: 0800 61 1997

**Assessor de Comunicação/PN-DST/AIDS**  
Alexandre Magno de Aguiar Amorim

**Editor**  
Dario Noleto

**Projeto gráfico e diagramação**  
Alexsandro de Brito Almeida

**Capa**  
Isabela Cavalcante Faria

## SUMÁRIO

Apresentação .....	5
I - Introdução .....	7
II - Objetivos .....	10
III - Adesão ao tratamento no contexto da Prevenção PositHIVa .....	11
IV - Princípios norteadores das ações em adesão .....	12
V - Estratégias de adesão .....	13
VI - Redes de serviços de saúde e adesão ao tratamento .....	21
VII - Acompanhamento e aferição da adesão .....	24
VIII - Considerações finais .....	27
Referências .....	29



# APRESENTAÇÃO

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de DST e Aids, apresenta às organizações governamentais e da sociedade civil, que desenvolvem ações em HIV e Aids, as Diretrizes Nacionais para Fortalecer as Ações de Adesão para as pessoas que vivem com HIV ou aids (PVHA).

Essas diretrizes têm a intenção de afirmar a importância da adesão ao tratamento, compreendida na sua maior amplitude conceitual, e recomendar ações que proporcionem melhoria na qualidade de vida de quem vive com HIV ou aids.

Produto da experiência e da reflexão do Programa Nacional de DST e Aids e de seus parceiros, expressos em grupos de trabalho nos campos da Adesão e da Prevenção PositHIVA, compostos por pessoas vivendo com HIV ou aids, profissionais de saúde, pesquisadores, gestores e outros representantes da sociedade civil, este documento reflete um esforço conjunto no sentido de ampliar o entendimento sobre adesão ao tratamento, sem restringi-lo ao manejo das medicações.

O acesso universal e gratuito ao tratamento anti-retroviral, aos exames de monitoramento e aos insumos e ações de prevenção de DST e aids é uma importante conquista da sociedade brasileira. Sua efetividade demanda uma diversidade de ações que garantam, além do amplo acesso, a melhor qualidade no tratamento. Estas diretrizes vêm fortalecer esta iniciativa, destacando a adesão como mais uma dimensão do cuidado integral e da construção da equidade no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Promover adesão ao tratamento não traduz apenas uma abordagem medicamentosa, mas deve também consolidar distintas dimensões, como: o protagonismo das PVHA, a mobilização social como forma de enfrentar preconceitos e discriminações, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação e insumos de prevenção, qualidade na assistência, acompanhamento clínico-laboratorial, adequação do tratamento às necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à saúde, inclusive para pessoas que não fazem uso de terapia anti-retroviral.

Esperamos que estas Diretrizes sejam uma ferramenta útil no fortalecimento da gestão, no desenvolvimento de uma rede de atenção integral e na diversificação das estratégias e ações dos serviços de saúde, otimizando os recursos existentes no Sistema Único de Saúde, promovendo qualidade no atendimento, reconhecimento da diversidade e valorização da vida.

**Mariângela Simão**

Diretora do Programa Nacional de DST e Aids



## I – INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de DST e Aids (PN-DST/AIDS), da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) do Ministério da Saúde (MS) vem estruturando uma política de atenção às Pessoas Vivendo com HIV e Aids (PVHA), que propõe agregar as ações de assistência, prevenção, direitos humanos e participação social, denominada Prevenção PositHIVA.

A Prevenção PositHIVA é definida como um campo de ação focado nas necessidades das PVHA e se estrutura a partir da incorporação do conceito de vulnerabilidade à dimensão do viver com HIV e aids. Trata-se de uma política que busca promover a atenção integral à saúde e a qualidade de vida, tendo como referência os componentes de advocacy, mobilização comunitária, direitos humanos e integralidade na atenção dos serviços do SUS.

Esta iniciativa implica, necessariamente, na implementação de uma política transversal, integrada e intersetorial, em que o protagonismo das PVHA é estratégico e essencial para a efetividade das ações e a redução das distintas vulnerabilidades relacionadas ao viver com HIV ou aids, englobando temas como adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade da atenção.

O Brasil adota o acesso universal à terapia anti-retroviral altamente ativa (TARV) desde 1996. Dez anos depois da implementação dessa política, inegáveis avanços podem ser observados: 180 mil pessoas estão em tratamento no país; para 2007, a previsão é que cerca de 10 a 15 mil novos pacientes iniciem o tratamento <sup>1</sup>. Estima-se que, no período entre 1996 e 2002, houve redução de 34% na mortalidade e de 70% da morbidade dos casos de aids no país <sup>2</sup>.

O emprego de novas tecnologias no acompanhamento e tratamento da infecção pelo HIV aumentou a expectativa e melhorou a qualidade de vida das pessoas, renovando os desafios da promoção da integralidade, tais como: reinserção social, incluindo o mercado de trabalho e o sistema educacional; promoção de hábitos saudáveis, como alimentação adequada e atividade

física; direito de vivenciar a sexualidade, as relações afetivas e experimentar paternidade e maternidade; necessidade de estruturar uma adequada adesão ao tratamento por longo prazo; manejo adequado do tratamento para pessoas multiexperimentadas em terapia anti-retroviral que vivem com variantes virais resistentes; prevenção e manejo dos danos relacionados aos efeitos adversos do tratamento, sobretudo, a síndrome lipodistrófica e as dislipidemias; importância do acesso e uso dos insumos de prevenção e a crescente importância das co-infecções e tratamento concomitante do HIV com hepatites virais e tuberculose.

Os desafios para alcançar maior impacto e efetividade da TARV estão sempre presentes. Alguns segmentos populacionais, como pessoas com menor escolaridade <sup>3</sup> e aquelas que se infectaram pelo uso injetável de drogas <sup>4</sup>, apresentam maior mortalidade que outros grupos, o que tem sido associado ao frágil vínculo estabelecido entre serviços e usuários e conseqüente baixa adesão ao tratamento.

Estudos multicêntricos realizados no Brasil demonstram que entre os determinantes para o impacto da TARV, devem ser considerados fatores tais como a precocidade do diagnóstico, o acesso e a qualidade dos serviços de saúde, situação socioeconômica do usuário e grau de organização dos serviços <sup>5 6</sup>. Portanto, apenas o acesso universal ao tratamento não garante sua mais ampla efetividade.

Algumas pesquisas permitem atribuir a redução da mortalidade relacionada à aids, observada após 1996, à queda nas causas de morte particularmente associadas às manifestações oportunistas, como tuberculose, pneumocistose e neurotoxoplasmose. Entretanto, nos últimos anos emergem as causas de morte atribuídas à presença crônica de outros agravos, como hepatite B e aos efeitos adversos do tratamento, tais como eventos cardiovasculares, o diabetes e a perda de função renal, configurando um novo perfil da doença entre pessoas sob tratamento anti-retroviral <sup>7</sup>.

Entre os efeitos adversos da TARV, destacam-se: a lipodistrofia, que pode ter um caráter estigmatizante e comprometer a auto-estima e a qualidade de vida das PVHA; os distúrbios metabólicos - como dislipidemias - que exigem modificações nos hábitos de vida e a toxicidade mitocondrial, que pode causar fadiga, reduzindo a atividade de pessoas em uso de tratamento.

Outra conseqüência de uma década de acesso universal é a ocorrência de resistência ao tratamento. Estudos com pessoas em início de TARV, demonstram que cerca de 40% dos pacientes desenvolvem falha terapêutica ainda nos primeiros 6 anos <sup>8</sup>, implicando uso de regimes terapêuticos mais complexos e por isso de mais difícil adesão.

A não-adesão à TARV é considerada uma forte ameaça para a efetividade do tratamento e da qualidade de vida dos usuários e, coletivamente, pode contribuir para o aumento da mortalidade e morbidade. A literatura especializada estabelece uma relação direta entre supressão viral sustentada e ingestão de medicamentos superior a 95% das doses de anti-retrovirais <sup>9</sup>. Esta necessidade de adesão superior a 95% das doses de regimes muitas vezes complexos, impõe a necessidade de adequar hábitos cotidianos, exigindo mudanças na rotina das pessoas em tratamento.

O mais recente estudo, com representatividade nacional, para avaliar a adesão ao tratamento anti-retroviral no Brasil foi realizado em 2002, com pessoas sob TARV, acompanhadas em serviços de sete estados brasileiros. Os dados indicaram que cerca de 75% dos entrevistados relataram ter tomado pelo menos 95% das doses <sup>5</sup>. Esses resultados foram semelhantes aos obtidos em estudos de mesma metodologia conduzidos em países desenvolvidos.

Ainda que os níveis de adesão, observados na pesquisa brasileira, sejam semelhantes aos descritos em outros países, é estratégico buscar formas de ampliação das atividades de promoção da adesão por meio do aprimoramento dos serviços de saúde, de capacitação de equipes multidisciplinares e articulação dos serviços com a comunidade <sup>10</sup>.

Nesse cenário, emerge a necessidade que a política de promoção à saúde e as ações de adesão ao tratamento anti-retroviral para as PVHA estejam estruturadas de forma a relacionar as dimensões da prevenção, da atenção e dos direitos humanos como elementos indissolúveis das ações do sistema, transcendendo a fragmentação hoje existente. Evidencia-se, ainda, como prioritário o estabelecimento de estratégias que visem à equidade, garantindo-se atenção adequada a grupos com necessidades específicas.

Este documento tem a intenção de afirmar a importância da adesão ao tratamento no contexto da Prevenção PositHIVA e recomendar algumas ações de adesão para a melhoria da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV no Brasil.

## II- OBJETIVOS

### a. Objetivo Geral

- Estabelecer diretrizes nacionais para fortalecimento das ações de adesão ao tratamento anti-retroviral no Sistema Único de Saúde (SUS).

### b. Objetivos específicos

- Recomendar estratégias e ações de adesão ao tratamento para serviços e equipes de saúde;
- Estabelecer uma definição de adesão adotada pelo Ministério da Saúde, em consonância com a estratégia de Prevenção PositHIVa ;
- Discutir estratégias de acompanhamento da adesão ao tratamento;
- Atualizar as recomendações do Programa Nacional de DST e Aids para a promoção da adesão ao tratamento, particularmente, pelo fortalecimento das redes sociais no âmbito do SUS.

### III- ADESÃO AO TRATAMENTO NO CONTEXTO DA PREVENÇÃO POSITIVA

Promover adesão ao tratamento transcende à simples ingestão de medicamentos, devendo ser compreendida de forma mais ampla, incluindo, entre outros aspectos, o fortalecimento das PVHA, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, 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.

Deve ser entendida como um processo de negociação entre o usuário e os profissionais de saúde, no qual são reconhecidas as responsabilidades específicas de cada um, que visa a fortalecer a autonomia para o autocuidado.

A adesão é um processo dinâmico e multifatorial que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e corresponsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social.

## IV - PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS AÇÕES EM ADEÇÃO

Sugere-se que a estruturação das ações em adesão esteja em conformidade com os seguintes princípios:

- Universalidade no acesso a insumos, serviços e ações de saúde.
- Integralidade do cuidado.
- Equidade e superação de vulnerabilidades específicas.
- Valorização da autonomia e da garantia de participação das PVHA na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento.
- Trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção a saúde.
- Articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais.

## V- ESTRATÉGIAS DE ADESÃO

No tratamento, compreendido como um processo dinâmico, as pessoas estão sujeitas a uma variedade de fatores que influenciam sua continuidade ou interrupção. Promover sua adesão é um desafio que sofre oscilações e demanda atenção contínua <sup>11</sup>. Dessa forma, adesão não é uma característica das pessoas, mas um processo, em que a pessoa não “é aderente”, mas “está aderente”, exigindo contínuo acompanhamento.

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores, da provisão de métodos, ferramentas e incentivos específicos e, especialmente, do grau de envolvimento do paciente e do cuidador no desenvolvimento do plano terapêutico e na compreensão da sua importância. É fundamental que no acompanhamento os profissionais de saúde considerem as necessidades e singularidades socioculturais apresentadas pelas pessoas. Neste sentido, o apoio psicossocial é uma variável fundamental na promoção da qualidade de vida das PVHA <sup>12</sup>.

As atividades dos serviços de saúde devem ser organizadas de forma a facilitar a adesão dos usuários não só ao tratamento, mas ao próprio serviço, oferecendo alternativas de atendimento diversificadas e estabelecendo fluxo diferenciado para pessoas com maiores dificuldades. Para tanto, alguns fatores merecem especial atenção: flexibilidade de horário, atenção diferenciada para os diversos grupos populacionais e garantia de cuidado multidisciplinar.

A atitude acolhedora do profissional possibilita estabelecer o vínculo do usuário com a equipe e com o serviço de saúde, fator determinante para adesão ao tratamento e ao serviço.

Todos usuários devem ter acesso à terapia anti-retroviral e às estratégias de adesão ao tratamento, independente de seu comportamento ou julgamento por parte dos profissionais de saúde quanto à suposta não-adesão do usuário.

A participação do usuário nas decisões de seu tratamento e nas ações da própria equipe é um elemento que colabora para a adesão ao tratamento. Um estudo qualitativo entre pessoas em TARV com adesão a 100% das doses - segundo monitoramento eletrônico - identificou que elas haviam conseguido incorporar o regime terapêutico ao seu estilo de vida, adotaram uma visão realista do seu futuro, identificaram e criaram ferramentas para manejar a adesão, acreditavam na eficácia de seus medicamentos e se percebiam como membros da equipe<sup>13</sup>.

Na literatura sobre adesão, é reconhecida a importância do acompanhamento dos pacientes em início de tratamento anti-retroviral<sup>5 14</sup>. No entanto, não se pode menosprezar as dificuldades determinadas pelo tempo de tratamento para usuários mais antigos de TARV e para aqueles em troca de esquemas terapêuticos.

Para além da preocupação com a adesão inicial do paciente, a recorrência dos episódios subsequentes de troca de esquema é tão ou mais aflitiva que o primeiro, pois reeditam inseguranças e esperanças de quem vive com HIV.

A falência dos esquemas terapêuticos e sua alteração são momentos que merecem especial atenção por parte da equipe multiprofissional. Em muitos casos, a troca dos medicamentos é vivenciada pelo usuário como um recomeço, que pressupõe novos efeitos adversos, dúvidas sobre a reação do organismo às novas drogas e incertezas sobre a duração do novo esquema, questionamentos muito semelhantes aos de uma pessoa em início recente de tratamento. Portanto, é cada vez mais necessário que os serviços de atenção às pessoas que vivem com HIV ou aids e seus profissionais estejam atentos para o cuidado também nesses momentos.

As atividades de orientação farmacêutica realizadas nas Unidades Dispensadoras de Medicamentos (UDM) também devem ser valorizadas como momentos propícios para a abordagem da adesão durante o acompanhamento do usuário (destacando situações de início de TARV e modificações do esquema), devendo estar articuladas com a equipe do ambulatório especializado (SAE).

Em situações específicas, alguns usuários podem necessitar de um acompanhamento mais próximo para as tomadas de medicação e seguimento das prescrições. Nesses casos, o Atendimento Domiciliar Terapêutico (ADT) e o Hospital-Dia (HD) podem ser alternativas importantes para melhoria da adesão.

Essas modalidades têm sofrido mudanças com o decorrer da epidemia. Diversos HD passam pela diminuição do uso de medicamentos injetáveis para tratamento ou profilaxia de infecções oportunistas, apresentando uma utilização mais expressiva de procedimentos diagnósticos. A

assistência aos usuários pode incluir, entre suas prioridades, a revisão do uso de medicamentos e a observação direta da tomada das doses.

A proximidade do SAE com o ADT também permite um reforço de intervenções na comunidade (planejadas em parceria e executadas pelo ADT), reforçando aconselhamento, orientação quanto à tomada dos medicamentos, manejo de efeitos adversos e mesmo observação de parte das tomadas de doses.

A adoção de algumas estratégias específicas, tais como aumentar o aporte de informações, grupos de adesão, atendimento individual, interconsulta e consulta conjunta, atividades de sala de espera, rodas de conversa e o Tratamento Diretamente Observado (TDO), podem contribuir para a melhora da adesão ao tratamento.

## a. Informação em saúde

O usuário deve ser sempre orientado pela equipe sobre a necessidade e a importância do tratamento, das possíveis complicações que a terapia pode ocasionar e motivado a tomar as medicações com a máxima regularidade, de acordo com seus hábitos cotidianos. Esse processo exige participação do usuário e requer, para o seu sucesso, o compromisso e aliança terapêutica entre este e os profissionais de saúde e cuidadores, quando necessário.

Para tanto, o acesso objetivo às informações corretas sobre sua saúde e seu tratamento e o conhecimento de seus direitos são fundamentais para que as PVHA sejam protagonistas em seu cuidado, tomem decisões conscientes quanto à utilização dos serviços e possam aderir ao tratamento.

As ações de educação em saúde tais como: grupos de discussão, jornal-mural, distribuição explicativa de cartilhas e materiais e desenvolvimento de atividades entre os usuários, são facilitadores da inclusão, do protagonismo, do exercício da cidadania, além de reduzirem dúvidas e preconceitos em relação ao tratamento.

Qualquer que seja a estratégia específica para se trabalhar questões da adesão ao tratamento, a informação do usuário sobre seus direitos e a co-responsabilização com os profissionais de saúde frente ao seu tratamento são imprescindíveis.

## b. Grupos de adesão

É uma estratégia muito utilizada na promoção da adesão. Habitualmente são grupos abertos (isto é, os pacientes podem começar a participar do grupo a qualquer momento) e conduzidos por profissionais da própria equipe, nos quais o tema adesão ao tratamento é abordado, assim como outros temas de interesse. Trata-se de uma importante ação que deve ser estimulada e aprimorada, particularmente na incorporação de técnicas de condução, conteúdos, dinâmicas e participação de usuários dos serviços na sua realização.

A organização de grupos para condições específicas de vulnerabilidade tem se constituído em uma alternativa assistencial que facilita a adesão ao tratamento, como exemplo: grupos com pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, pessoas de baixa escolaridade, profissionais do sexo, usuários de TARV com lipodistrofia, mulheres, gestantes, adolescentes, idosos, pessoas com distúrbios psiquiátricos, entre outros.

A abordagem da adesão em grupos é uma prática em saúde que se fundamenta no trabalho coletivo, na interação e no diálogo. Tem caráter informativo, reflexivo e de suporte. Sua finalidade é identificar dificuldades, discutir possibilidades e encontrar soluções adequadas para problemas individuais e/ou coletivos, que estejam dificultando a adesão ao tratamento.

O grupo é um ambiente de motivação para o tratamento pelo compartilhar de dificuldades e pela busca de alternativas para superá-las, de construção de vínculos, de acolhida, de respeito à diferença e de reforço da auto-estima. Nele busca-se estimular e informar a pessoa a encontrar recursos para lidar com as questões do adoecer, da doença e dos seus efeitos sobre sua vida, enfatizando o autocuidado como um caminho para a adesão ao tratamento<sup>11</sup>.

A partir de 1999, o Programa Nacional de DST e Aids/SVS/MS apoiou a implantação de ações específicas de promoção da adesão nos serviços de assistência especializada em HIV/aids, particularmente a formação de grupos. Desde então, profissionais de saúde e ativistas de ONG/aids, multiplicaram esforços na implementação desta atividade, adicionalmente estruturando o atendimento individual, como uma das abordagens direcionadas à adesão ao tratamento.

Essas ações constituem uma importante estratégia das equipes de saúde, em que pesem as dificuldades de recursos humanos e a grande demanda dos serviços especializados, sobretudo, nos grandes centros urbanos. Os grupos de adesão são iniciativas importantes, mas não devem ser uma estratégia utilizada pelos serviços isoladamente, sua efetividade depende da interação com outras estratégias.

### c. Atendimento individual com foco em adesão

Embora o tema adesão deva estar transversalmente presente em todos os momentos do cuidado, salienta-se que em alguns casos de frágil adesão ao tratamento, como por exemplo, em início de TARV, troca de esquema, abandono e outras vulnerabilidades específicas, o atendimento individual pode ser uma importante estratégia.

Após identificação das vulnerabilidades ou fragilidades específicas, deve ser estimulado o acompanhamento individual por categorias profissionais que possam contribuir com a melhoria na atenção, promovendo um cuidado mais integral com responsabilidade compartilhada entre o usuário e toda a equipe frente ao tratamento.

Uma boa relação entre o profissional de saúde e o usuário é essencial para uma adesão adequada. A participação de todos os membros da equipe multidisciplinar deve ser estimulada, como forma não somente de fortalecer o vínculo, mas também de encontrar alternativas distintas para a solução das dificuldades de adesão.

### d. Interconsulta e consulta conjunta

A interconsulta e a consulta conjunta têm sido utilizadas mais recentemente como alternativas de abordagem da adesão em alguns serviços.

São estratégias de atendimento em que dois ou mais profissionais de saúde de áreas distintas discutem e refletem sobre alguns casos em tratamento. Originalmente, o termo se deu no âmbito da interconsulta psiquiátrica, que envolvia um profissional de saúde mental e um médico de outra especialidade.

A interconsulta tem como objetivos colocar o usuário como foco principal do modelo assistencial em oposição ao modelo centrado na doença, valorizando o papel da relação profissional de saúde - usuário<sup>15</sup>. Quando acontece durante o atendimento, na presença do usuário, é chamada de consulta conjunta<sup>16</sup>.

Os profissionais de saúde envolvidos nessa abordagem devem ser importantes facilitadores da relação profissional de saúde - usuário. Podem, ainda, atuar na reflexão sobre as condutas mais adequadas a serem implementadas, após discussão e contextualização de cada pessoa frente ao seu processo de adesão ao tratamento.

## e. Atividades de sala de espera

A espera pela consulta é um momento que pode permitir outro meio de diálogo entre a equipe de saúde e o usuário. Trata-se de um espaço coletivo, que garante a participação dos sujeitos sociais envolvidos, favorecendo várias discussões.

Desenvolver trabalhos em sala de espera, como atividades de adesão e de educação em saúde, pode ser uma fonte de referências e informações para os usuários.

As atividades podem ser desenvolvidas pelas equipes de saúde em parceria com organizações da sociedade civil e usuários do próprio serviço e devem estar inseridas e relacionadas a um conjunto amplo de atividades oferecidas pelo serviço.

## f. Rodas de conversa

A Roda de Conversa é um método de trabalho comunitário que consiste na criação de espaços de diálogo, onde as pessoas possam se expressar e, sobretudo, escutar os outros e a si mesmos. O objetivo é estimular a construção da autonomia dos sujeitos por meio da problematização, da troca de informações e da reflexão para a ação. Podem ser realizadas nos serviços ou em outros espaços comunitários.

As rodas possibilitam que a fala das pessoas ganhe legitimidade num processo de ensino-aprendizagem e de reconhecimento dos saberes, opiniões e valores de seus integrantes.

Nessa metodologia, os participantes recebem estímulos e informações para discutirem temas de interesse, a partir de suas experiências. É oferecido aos participantes um espaço de diálogo que poderá ajudá-los na compreensão de suas dificuldades e angústias, na busca de possíveis soluções e/ou alternativas de novos caminhos, visando à melhoria da qualidade de vida.

## g. Tratamento diretamente observado

O Tratamento Diretamente Observado (TDO) é uma estratégia considerada efetiva no manejo da tuberculose<sup>17</sup> e pode ser considerada, em alguns casos específicos, como forma de iniciar e estimular a adesão ao tratamento das PVHA.

Existem diferentes estratégias de TDO: a) todas as doses dos medicamentos são tomadas na presença de um observador, seja um profissional de saúde, ou não; b) TDO modificado, em que parte das medicações é auto-administrada, como no tratamento convencional e parte

administrada na presença do observador; c) TDO ampliado, no qual o tratamento diretamente observado é acrescido de estratégias comportamentais, visando ao estímulo à adesão.

O TDO para TARV necessita ser mais amplamente explorado, com definições sobre a identificação das populações que podem se beneficiar dessa estratégia e critérios de interrupção da mesma. Pessoas menos escolarizadas, casos de co-infecções, idosos, indivíduos com frágil estrutura psicossocial, pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas, portadores de seqüelas neuropsiquiátricas, populações em situação de vulnerabilidade e exclusão social, são alguns grupos que podem se beneficiar desta estratégia, até que a adesão ao tratamento se estabeleça.

## h. Práticas complementares

As Práticas Complementares de saúde também são alternativas que podem favorecer a adesão ao tratamento medicamentoso. Por sua abordagem integral, baseada nas necessidades individuais, que considera aspectos físico, mental e emocional, essas práticas colaboram para o aumento do bem-estar, da confiança para realizar mudanças no estilo de vida e estimulam o autocuidado das pessoas em tratamento.

O Ministério da Saúde publicou em 03 de maio de 2006, por meio da portaria Nº 971, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS (PNPIC). Essa política “atende à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar abordagens para o SUS, no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo, que atuam fundamentalmente no campo da prevenção de agravos e na promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada em modelo de atenção humanizada e centrada na integralidade do indivíduo”<sup>18</sup>.

Estas Práticas podem ser utilizadas no tratamento complementar de pessoas que vivem com HIV e aids, especialmente com o objetivo de reduzir o estresse, melhorar o estado psicológico e emocional, além de auxiliar no controle de efeitos adversos provocados pelos medicamentos<sup>19</sup>.

## i. Ações da sociedade civil

Diversas ações de adesão são desenvolvidas hoje por organizações da sociedade civil. O trabalho entre pares é uma das estratégias mais importantes de fortalecimento da auto-estima e mudança de atitudes frente ao tratamento.

Algumas dessas ações se desenvolvem na própria sede de Organizações Não-Governamentais (ONG), tendo amplitudes distintas, desde atividades de socialização até a realização de grupos de adesão.

Outra importante estratégia é desenvolvida pelas comunidades, em associações de bairro e unidades de saúde. Programas de acompanhamento domiciliar com base comunitária desenvolvido por voluntários, como por exemplo o Programa “*Buddy*”, objetivam proporcionar apoio às PVHA.

Incentiva-se que os serviços de saúde atuem em parceria com as iniciativas da sociedade civil, fortalecendo a rede de apoio social. As parcerias possibilitam a diversificação de estratégias, transcendendo a quase exclusividade das ações “intra-muros”, que hoje ocorrem nos serviços.

## VI. REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ADESÃO AO TRATAMENTO

O crescente aumento de casos de aids fez com que a epidemia atingisse também municípios do interior do Brasil. A maior concentração de casos ainda está nos grandes centros urbanos, sendo que 90% dos casos estão concentrados em 430 municípios. No entanto, a epidemia difundiu-se para municípios menores e para todas as regiões do país. Atualmente, dos 5.560 municípios brasileiros, 4.593 já notificaram pelo menos um caso de aids, o que corresponde a 86,6% do total de municípios<sup>20</sup>.

Atualizar a resposta ao HIV e a aids no Brasil, em função dessas mudanças, impõe a inclusão das ações de adesão nos diversos programas e níveis de atenção do Sistema de Saúde. É fundamental a integração dos serviços especializados com a Estratégia Saúde da Família (SF) e de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), garantindo equidade e integralidade no cuidado. Entretanto, é preciso perseguir a sincronia em tais ações por meio da gestão do sistema, envolvendo as áreas técnicas de DST/aids e da Atenção Básica – em âmbito nacional, estadual e municipal – em um processo compartilhado e articulado, otimizando as capacidades do sistema de saúde.

Essa estruturação da política de saúde requer a construção de consensos entre os distintos atores em relação à definição de atribuições e estratégias, constituindo assim esforços de atenção multiplicados e complementares.

## Recomendações para a organização da rede de serviços de saúde na promoção da adesão

Destaca-se a importância de organizar e oferecer distintas estratégias e ações de promoção da adesão, conforme as potencialidades, estrutura e competências dos serviços e da rede.

### a. Atenção básica

- Articulação junto a serviços especializados de referência, buscando caráter complementar, garantindo a continuidade do seguimento dos pacientes pela rede de saúde;
- Desenvolvimento de Tratamento Diretamente Observado (TDO) para pessoas com maior risco de não-adesão;
- Atividades de grupos, sala de espera e atendimentos;
- Utilização da rede já existente para facilitar o acesso ao tratamento;
- Abordagem consentida de faltosos em parceria com a rede especializada.

### b. Serviços de atendimento especializado em HIV e aids

- Interconsulta, quando apropriado;
- Consultas individuais direcionadas para adesão ao tratamento;
- Flexibilidade de agenda, particularmente para os faltosos;
- Incorporação de atividades em sala de espera;
- Participação de redutores de danos em atividades do serviço, como grupos dirigidos para usuários de álcool e outras drogas;
- Grupos de estímulo ao autocuidado para pessoas com diagnóstico recente;
- Integração e intervenção multidisciplinar;
- Condução técnica de atividades em rede, otimizando a formação de referência e contra-referência;
- Promoção à participação de usuários dos serviços no planejamento e execução das ações;

- Integração com a Atenção Básica e programas de saúde (Tuberculose, Saúde da Mulher entre outros);
- Parcerias multissetoriais;
- Assessoria e capacitações em adesão para profissionais de saúde da atenção básica.

Ressalta-se que as recomendações acima consideram atribuições pertinentes aos distintos níveis de atenção, no sentido do estabelecimento de uma rede articulada que fortaleça as ações de adesão no âmbito do SUS.

## VII – ACOMPANHAMENTO E AFERIÇÃO DA ADESÃO

Pesquisas sugerem que níveis de adesão abaixo de 95% estão associados a taxas mais baixas de supressão viral<sup>9</sup>. Sabe-se também que a adesão, como fenômeno multifacetado, varia no tempo: muitos usuários passam fases de maior ou menor adesão. Por estes motivos, o acompanhamento da adesão deve ser constante para permitir que a identificação da não adesão seja feita precocemente, preferencialmente antes da falha terapêutica.

O acompanhamento da adesão é uma atividade do médico e de todos os profissionais envolvidos na assistência ao usuário. Este acompanhamento deve ser cuidadoso, planejado e registrado. Não se trata apenas de incluir no atendimento a clássica pergunta “está tomando tudo certo?”, mas de investigar detalhadamente as rotinas que o usuário vem adotando para a tomada de medicação, as dificuldades encontradas, as falhas, etc. Isto porque somente com um diagnóstico detalhado e individual será possível acordar com o usuário um plano terapêutico individual que o auxilie no seguimento correto de seu tratamento.

A investigação sobre a adesão deve sempre ser feita em um ambiente de diálogo, evitando-se as atitudes e recomendações puramente prescritivas ou autoritárias. É importante que os profissionais acordem modos padronizados de abordar a questão com os usuários. Para isto, é bastante útil a elaboração de um “check-list” sobre todos os temas que devem ser lembrados, como, por exemplo, o comportamento diferente nos fins de semana, a ingestão de álcool, incompatibilidades com horários do trabalho, necessidade de esconder a medicação, etc. Também é útil acordar entre a equipe os momentos do atendimento e a frequência dessas investigações, bem como registrá-las de modo adequado e acessível para toda a equipe. Ressalte-se que usuários em situação de maior vulnerabilidade devem merecer investigações mais frequentes, tais como aqueles em início, troca de esquema, com regimes muito complexos ou de baixa escolaridade.

Além da atividade com cada paciente, o serviço deve prever mecanismos gerenciais de acompanhamento da adesão. Por exemplo, os registros de retirada de medicamento na farmácia já são utilizados por vários serviços na identificação de usuários com problemas de adesão. As faltas às consultas são também um valioso indicador de provável não adesão e merecem investigação caso a caso.

A avaliação da adesão dos pacientes no atendimento individual não tem o mesmo objetivo das avaliações de taxas médias de adesão feitas nos estudos epidemiológicos. Estes estudos dividem o grupo estudado em aderentes (por exemplo, quem tomou mais de 95% das doses no intervalo avaliado pelo estudo) e não aderentes (todos os que tomaram menos do que 95%, o que inclui, evidentemente, os que tomaram quase 95% e os que não tomaram nenhuma dose). Para o cuidado individual, esta classificação não tem sentido.

Portanto, é importante fazermos a distinção entre o acompanhamento individual da adesão realizado pelos profissionais de saúde e o monitoramento da aferição da adesão com caráter coletivo das pesquisas epidemiológicas. É essencial para a equipe conhecer a adesão do paciente, porém, não com o objetivo de “descobrir” se o usuário é um “não-aderente”, mas para conhecer a situação particular que ele está vivenciando com o seu tratamento. Este conhecimento é importante tanto para o ajuste terapêutico quanto para auxiliar no estabelecimento de “rotinas de uso” acima mencionadas.

A aplicação individual de questionários estruturados validados de aferição da adesão poderia contribuir para aumentar a objetividade do julgamento da equipe. No entanto, não existem no Brasil questionários validados para uso no contexto individual. De qualquer modo, o uso de qualquer metodologia objetiva de aferição da adesão no contexto individual deve ser vista como um instrumento auxiliar. Nenhum instrumento poderá “objetivar” a fala do paciente a ponto de torná-la totalmente transparente para o médico e a equipe. Isto somente é possível se a relação entre usuário e equipe de saúde, basear-se na confiança mútua e no diálogo verdadeiro.

Para avaliar e monitorar o desempenho da assistência interessa aferir periodicamente as taxas médias de adesão do conjunto de usuários do serviço. A taxa média de adesão é um bom indicador da qualidade do serviço e pode também ser utilizada para avaliar a efetividade de intervenções de adesão em um dado grupo. Existem diversos métodos utilizados para mensurar a taxa de adesão à terapia ARV em grupos: desde questionários estruturados validados até monitoramento eletrônico. Todos apresentam vantagens e desvantagens e nenhum deles é aceito como padrão-ouro. A escolha de um ou outro método depende da especificidade e viabilidade da investigação. É importante, entretanto, lembrar que a avaliação de taxas de

adesão deve ser acompanhada de todos os requisitos científicos de validade e reprodutibilidade. Por isso, recomenda-se a utilização apenas de métodos já validados cientificamente, bem como, quando for o caso, o recurso à assessoria científica.

Já o acompanhamento cotidiano da adesão cabe a todos os profissionais envolvidos no cuidado, e tem como principal ferramenta a abordagem de cada caso por meio do diálogo franco entre usuário e equipe.

## VIII. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão estão inseridas no âmbito da Prevenção PositHIVA, uma das prioridades do PN-DST/AIDS para 2007. Nesse contexto, as ações de adesão ao tratamento anti-retroviral pressupõem uma abordagem integrada de diversos elementos, entre eles a redução de vulnerabilidades e estigmas, o fortalecimento da participação dos usuários nos serviços e o diálogo permanente entre PVHA e profissionais de saúde sobre o viver com HIV.

O protagonismo das PVHA é fundamental para atingir estes objetivos. A superação das dificuldades de adesão é alcançável pela parceria entre usuário e equipe de saúde. Quando há um espaço para escutar as necessidades das pessoas, as experiências vividas pelos usuários complementam o conhecimento técnico dos profissionais de saúde.

O papel dos profissionais neste processo - contínuo e de longo prazo - não é promover adesão a qualquer custo, mas o de respeitar e apoiar a autonomia, as escolhas e possibilidades das pessoas, participando do processo de co-responsabilização do tratamento.

Os resultados favoráveis do acesso universal à TARV são desiguais nos distintos grupos populacionais que vivem com HIV e aids, como por exemplo em pessoas menos escolarizadas e usuários de drogas injetáveis. Entre os fatores que impedem maiores quedas da mortalidade nessas populações estão o acesso e o vínculo ao serviço e a adesão ao tratamento. Nesse sentido, a promoção da adesão é estratégica para estender a todos o impacto do acesso universal ao tratamento na qualidade de vida, morbidade e mortalidade no Brasil, promovendo equidade no sistema de saúde.

O Ministério da Saúde tem realizado diversos esforços e ações que conformam a temática adesão, com caráter transversal em capacitações e outras atividades e como tema prioritário

na elaboração de um manual sobre adesão para profissionais de saúde, produção de materiais informativos dirigidos às PVHA, atualizações sobre o tema e constituição de grupos de trabalho sobre adesão, assistência farmacêutica e Prevenção PositHIVa.

O Programa Nacional de DST e Aids reconhece a necessidade em avançar no conhecimento e apoiar investigações científicas sobre a prevalência atual e fatores associados à adesão aos anti-retrovirais e a validação de métodos de aferição viáveis para o contexto brasileiro.

Espera-se que essas diretrizes sejam uma ferramenta útil para que os serviços de saúde atualizem suas ações de adesão ao tratamento e otimizem os recursos existentes no SUS. Destaca-se, ainda, a importância da divulgação e do debate desse documento entre os diversos segmentos sociais implicados no enfrentamento nacional da epidemia: gestores, gerentes e profissionais de saúde, organizações da sociedade civil, militantes, PVHA, estudantes e pesquisadores universitários.

## REFERÊNCIAS

- <sup>1</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Logística de medicamentos. [Relatório]. Brasília, 2006.
- <sup>2</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Boletim Epidemiológico. Ano III nº 01 - 1ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a julho de 2006. (Disponível em: [www.aids.gov.br/data](http://www.aids.gov.br/data))
- <sup>3</sup> Marins, J.R.P. Estudo de sobrevivência dos pacientes com aids segundo escolaridade e co-infecção por hepatite c e tuberculose. Coorte brasileira de 1995-96. [Tese de doutorado]. Departamento de Medicina Preventiva e Social - UNICAMP, Campinas, 2004.
- <sup>4</sup> Kalichman A.O, Gianna M.C, Bueno, S.M, Basso C.R., Ruiz E.A.C., Tayra A., Santos N.J.S., Holzman M.M.. Survival among AIDS patients by risk situations before and after HAART availability at STD/AIDS training and referral center, São Paulo, 2004.
- <sup>5</sup> Nemes MIB, Carvalho HB, Souza MFMS. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. AIDS 2004; 18 (Suppl 3): 5-20.
- <sup>6</sup> Nemes MIB et al. Avaliação da aderência ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à AIDS no Estado de São Paulo: Coordenação Nacional DST/AIDS, Ministério da Saúde, Série Avaliação No 1, Brasília, 2000. (Disponível em: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br)).
- <sup>7</sup> Palella FJ Jr, Baker RK, Moorman AC, Chmiel JS, Wood KC, Brooks JT, Holmberg SD. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. J Acquir Immune Defic Syndr. 2006 Sep;43(1):27-34.
- <sup>8</sup> Phillips A, et al. Durability of HIV-1 viral suppression over 3.3 years with multi-drug antiretroviral therapy in previously drug-naive individuals. AIDS 2001; 15(18): 2379-84.
- <sup>9</sup> Paterson DL, Swindells S, Mohr J. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. Ann Intern Med 2000;133:21-30
- <sup>10</sup> Portela, M.C; Lotrowska, M. Health care to HIV/AIDS patients in Brazil. Rev. Saúde Pública v. 40. São Paulo, 2006.
- <sup>11</sup> Silveira, L. Márcia C.; Ribeiro B., Victoria M. Compliance with treatment groups: a teaching and learning arena for healthcare professionals and patients. Interface, Botucatu, v. 9, no. 16, 2005.

- <sup>12</sup> Remor, E. - Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema* 2002. Vol. 14, nº 2
- <sup>13</sup> Lewis et al. A qualitative study of persons who are 100% adherent to antiretroviral therapy, *AIDS Care*, February 2006; 18(2): 140-148.
- <sup>14</sup> Melchior R. Avaliação da aderência de usuários do sistema público de assistência ao tratamento de AIDS: uma análise qualitativa [dissertação]. São Paulo: Faculdade de São Pública, Universidade de São Paulo; 2000.
- <sup>15</sup> Martins, L. Interconsulta Hoje. In: Mello Filho, J. *Psicossomática Hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- <sup>16</sup> Mello Filho, J. *Concepção psicossomática: visão atual*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1994.
- <sup>17</sup> Chaulk CP, Kazandjian VA, for the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. Directly observed therapy for treatment completion of pulmonary tuberculosis. Consensus statement of the Public Health Tuberculosis Guidelines Panel. *JAMA* 1998; 279(2):943-48.
- <sup>18</sup> Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS – PNPIC-SUS, Brasília, 2006.
- <sup>19</sup> National Center for Complementary and Alternative Medicine – National Institutes of Health – USA, 2006. (Disponível em: [www.nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)).
- <sup>20</sup> Brasil, Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN) atualizado em 30 de junho de 2006.

## EQUIPE DE ELABORAÇÃO

### Ministério da Saúde

Ana Paula Prado Silveira – Unidade de Articulação com a Sociedade Civil e Direitos Humanos - SCDH - Programa Nacional de DST e Aids

Daisy Mendonça – Coordenação de Gestão da Atenção Básica - CGAB/DAB/MS

Dulce Ferraz – Unidade de Prevenção - Programa Nacional de DST e Aids

Ivana Drummond Cordeiro - Unidade de Assistência e Tratamento - Programa Nacional de DST e Aids

Izabeth Cristina Campos da Silva Farias – Coordenação de Gestão da Atenção Básica CGAB/DAB/MS

Kátia Carvalho Abreu- Unidade de Prevenção - Programa Nacional de DST e Aids

Ronaldo Hallal - Unidade de Assistência e Tratamento - Programa Nacional de DST e Aids

Tania Cristina Gimenes Ferreira - Unidade de Assistência e Tratamento - Programa Nacional de DST e Aids

Tatianna Meireles Dantas de Alencar – Unidade de Assistência e Tratamento - Programa Nacional de DST e Aids

### Consultores componentes do Grupo de trabalho em Adesão

Anne Gabriela Veiga Rocha

Carlos Alberto Ebeling Duarte

Débora Fontenelle dos Santos - Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Eliane Maria Fleury Seidl - Universidade de Brasília

Hugo Hagstrom - Grupo de Incentivo à Vida (GIV)

Jaime Quiroga Berdias - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids

José Fernando Assoni - Ministério da Saúde

Joselita M. de Magalhães Caraciolo - CRT DST/Aids – SP – CE DST/Aids – SP – FM/ USP

Maria Ines Battistella Nemes - Faculdade de Medicina - USP

Maria do Perpetuo Socorro Freitas - Movimento Nacional de Cidadãs PositiHIVas

Nacle Nabak Purcino - CRT/DST/Aids- Campinas (SP)

Núbia Elisabeta Hamester – Hospital Sanatório Partenon

Sônia Maria de Figueiredo - CRT/DIP/UFMG e Centro Universitário de Belo Horizonte/UNI-BH

Vitor Albuquerque Buriti - Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/Aids / Nordeste

