

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM
ÊNFASE EM GESTÃO DE REDES DE SAÚDE
XII GERÊNCIA REGIONAL DE SAÚDE

CÍNTIA REGINA DE ASSIS OLIVEIRA

**TRAÇANDO NOVOS OLHARES SOB ANTIGOS DESAFIOS: PERFIL
SOCIOASSISTENCIAL DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV E A ADESÃO A
TARV EM GOIANA-PE**

Recife, PE

2018

CÍNTIA REGINA DE ASSIS OLIVEIRA

**TRAÇANDO NOVOS OLHARES SOB ANTIGOS DESAFIOS: PERFIL
SOCIOASSISTENCIAL DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV E A ADESÃO A
TARV EM GOIANA-PE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito parcial para obtenção do título de Cíntia Regina de Assis Oliveira, do Programa de Residência em Saúde Coletiva com Ênfase em Gestão de Redes, da Escola de Saúde Pública de Pernambuco.

Orientadora: Danielle Chianca de Andrade Moraes

Recife, PE

2018

TRAÇANDO NOVOS OLHARES SOB ANTIGOS DESAFIOS: PERFIL SOCIOASSISTENCIAL DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV E A ADESÃO A TARV EM GOIANA-PE

TRACING NEW LOOKS UNDER OLD CHALLENGES: SOCIOASSISTENTIAL PROFILE OF PEOPLE LIVING WITH HIV AND ADHESION TO ART IN GOIANA-PE

TRAÇANDO NUEVOS OJHES BAJO ANTIGUOS DESAFÍOS: PERFIL SOCIOASSISTENCIAL DE LAS PERSONAS VIVIENDO CON VIH Y LA ADHESIÓN A TARV EN GOIANA-PE

Cíntia Regina de Assis Oliveira ¹, Danielle Chianca de Andrade Moraes ²

¹ Escola de Saúde Pública de Pernambuco – ESPPE. Ilha de Itamaracá, PE, Brasil. e-mail: cintia.r.assis@gmail.com

² Universidade de Pernambuco – UPE. Garanhuns, PE, Brasil. e-mail: dani_chianca@hotmail.com

RESUMO

O artigo pretende trazer à tona desafios de aderir ao TARV e viver bem com assistência e o HIV. **Objetivo:** traçar e verificar o perfil sociassistencial das pessoas que fazem adesão a terapia antirretroviral no SAE- Goiana, **Método:** estudo exploratório descritivo, sendo parte de um projeto de maior titulação com caráter de doutoramento, baseado em dois questionários: Sociodemográfico e CEAT-VIH. **Resultados:** foram entrevistados 52 usuários do serviço, 30 mulheres e 22 homens. O nível de instrução escolar é baixo, grande parte composta por negros e pardos, renda igual ou inferior a um salário mínimo, níveis de adesão não considerados satisfatórios de acordo com os critérios do instrumento utilizado e fatores socioassistenciais. **Conclusão:** A falta de programas de apoio assistenciais ainda é um contexto real enfrentado pelos usuários que continua a incidir na epidemia; sucateamento dos serviços, forte estigmatização do HIV em cidades interioranas, dificulta a adesão.

PALAVRAS-CHAVE: HIV; adesão medicamentosa; tratamento antirretroviral; fatores sociológicos

Abstract

The article aims to raise the challenges of adhering to ART and living well with care and HIV. **Objective:** to trace and verify the socio-social profile of people who are adherent to antiretroviral therapy in SAE-Goiana, **Method:** descriptive exploratory study, being part of a higher titration project with a doctorate degree, based on two questionnaires: Sociodemographic and CEAT-VIH. **Results:** 52 users of the service were interviewed, 30 women and 22 men. The level of school education is low, a large proportion of blacks and browns, income equal to or less than a minimum wage, levels of adherence not considered satisfactory according to the criteria of the instrument used and socio-welfare factors. **Conclusion:** The lack of support programs is still a real context faced by users that continues to affect the epidemic; scrapping of services, strong stigmatization of HIV in inner cities, hinders adherence.

Keywords: HIV; drug adhesion; antiretroviral treatment; sociological factors

Resumen

El artículo pretende traer a la luz desafíos de adherirse al TARV y vivir bien con asistencia y el VIH. **Objetivo:** trazar y verificar el perfil sociasistencial de las personas que adhieren a terapia antirretroviral en SAE-Goiana, **Método:** estudio exploratorio descriptivo, siendo parte de un proyecto de mayor titulación con carácter de doctorado, basado en dos cuestionarios: Sociodemográfico y CEAT-VIH. **Resultados:** fueron entrevistados 52 usuarios del servicio, 30 mujeres y 22 hombres. El nivel de instrucción escolar es bajo, gran parte compuesta por negros y pardos, renta igual o inferior a un salario mínimo, niveles de adhesión no considerados satisfactorios de acuerdo con los criterios del instrumento utilizado y factores socioasistenciales. **Conclusión:** La falta de programas de apoyo asistencial sigue siendo un contexto real enfrentado por los usuarios que siguen incidiendo en la epidemia; el chatarra de los servicios, la fuerte estigmatización del VIH en las ciudades interiores, dificulta la adhesión.

Palabras-clave: VIH; adhesión medicamentosa; tratamento antirretroviral; factores sociológicos

1. INTRODUÇÃO

De acordo com a Constituição Federal Brasileira de 1988, compreende-se a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, na qual este tem por obrigatoriedade provê-la de forma universal, equânime e integral, descartando o significado de saúde como sendo apenas ausência de doença. Diante disto, observamos que o público que vive com HIV necessita do direito à saúde de forma mais inclusiva, na tentativa de superar às dificuldades biológicas e sociais, agregado ao direito assistencial (BRITO, 2011).

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou também AIDS como é comumente conhecida pela tradução inglesa (Acquired Immuno Deficiency Syndrome), é uma doença que ganhou grandes proporções a nível mundial. Surgindo os primeiros casos nos EUA no início da década de 1980, não demorou muito para que os números alarmantes de infecção pelo mundo viessem a despertar os órgãos governamentais e não-governamentais, pois a doença trouxe consigo severos danos a diversas famílias e comunidades, sendo considerada a doença com a 5ª causa de morte entre adultos, constituindo uma das grandes preocupações de saúde pública (UNAIDS,2012).

Estima-se que 36,7 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo e 5.700 indivíduos sejam infectados diariamente (UNAIDS 2016, UNAIDS 2016a). Segundo Brito et al. (2011) a aids é “um fenômeno global, altamente dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros fatores, de comportamento humano individual e coletivo.”

Em 1996, o padrão terapêutico para HIV foi consolidado a partir da combinação de novas classes de antirretrovirais, sendo nomeada de terapia antirretroviral (TARV) combinada (Highly Active Antirretroviral Therapy – HAART).

Até o ano de 2011, cerca de oito milhões de pessoas, no mundo, submetiam-se à o uso do TARV (MORAES, 2015).

Já no Brasil, registrou-se que até junho de 2015, aproximadamente 450 mil pessoas estavam fazendo uso da TARV, representando um aumento de 58,15% em comparação ao ano de 2011, quando eram disponibilizados antirretrovirais para 284.390 mil usuários (BRASIL, 2015).

O Ministério da Saúde mostra que com o passar dos anos, o tratamento com antirretroviral para pessoas com HIV (PVHIV) avançou muito, tanto que o Brasil hoje é reconhecido internacionalmente pelo sucesso que tem na oferta de antirretroviral (ARV) a toda rede nacional de usuários soropositivos. No entanto, para um tratamento eficaz, é necessário uma adesão de qualidade, onde considera-se como adesão suficiente a tomada de medicamentos com uma frequência de, pelo menos, 80% para alcançar a supressão viral e sua manutenção.(BRASIL, 2017)

Ressalta-se que a má adesão é uma das principais causas de falha terapêutica (BRASIL, 2017), e esta por sua vez é composta não exclusivamente de medicação, mas de insumos básicos de sobrevivência, como por exemplo, ter alimentação garantida, acesso a água potável, direito a prática de atividades físicas entre outros.(BRASIL, 2015).

Não podemos esquecer que fazemos parte de um movimento forte de construção de uma nova narrativa sobre o tratamento do HIV com uma nova meta definitiva e ambiciosa, porém alcançável: Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral. (UNAIDS, 2015)

Uma das estratégias de prevenção do Governo Federal é a utilização do tratamento do HIV como medida de prevenção, pois a adesão ganha mais

importância em 2011, quando um estudo da Revista Nature trouxe sólidas evidências de que pacientes em TARV apresentavam chances quase nulas de transmissão do HIV, uma vez que o tratamento continuado diminui a quantidade de vírus circulantes no organismo (COHEN apud BRASIL, 2015). Sendo esta inicialmente, uma tecnologia inserida no conjunto de estratégias da Mandala da Prevenção Combinada.(BRASIL, 2017).

A adesão à TARV se apresenta como uma arma fundamental contra a evolução do vírus no organismo do infectado, bem como diminui a taxa de mortalidade pelo HIV, observando que o seu uso de forma regular contribui amplamente para reduzir os sinais e sintomas da doença agravada no organismo, contribuindo com a qualidade de vida desses sujeitos a prolongar a expectativa de vida dos mesmos.

Contudo, para obter a efetividade terapêutica, se faz necessário uma adesão rigorosa aos medicamentos prescritos, tendo em vista que, uma baixa adesão pode representar uma ameaça à saúde pública, pois aumenta a probabilidade de resistência viral, proporcionando um tratamento com baixa perspectiva de controle da replicação do HIV, bem como na disseminação de um vírus multirresistente. MORAES, et al (2014).

Dessa forma, a adesão ao tratamento pelo uso da TARV aparece como um processo complexo, necessitando compreender os fatores subjetivos intrínsecos à pessoa e ao seu grupo social que influenciam no processo de adesão, com o objetivo de possibilitar uma real aliança terapêutica entre cliente e cuidador. (PASCHOAL, 2014; GUERRA; SEIDL, 2010).

Diante do que já foi apresentado, atribui-se a importância para o estudo sobre o nível de adesão ao TARV dos pacientes do SAE de Goiana, como forma de entender como se configura esses usuários na rede de assistência a saúde da XII Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, tendo em vista a garantia e acesso pleno aos serviços ofertados, de modo que a qualidade de vida seja uma meta alcançável.

Buscou-se ainda com a efetivação do respectivo projeto, disseminar o

conhecimento, tanto na linha acadêmica, através da produção do trabalho pela Escola de Saúde Pública de Pernambuco, bem como para o serviço, pois levando em consideração que o Programa de Residência é um curso de especialização atuante, que visa construir ciência no trabalho, se faz necessário o retorno para a sociedade sobre as possíveis melhorias de vida das PVHIV desta localidade. De modo que, esse estudo vem subsidiar o desenvolvimento de intervenções e condutas para o crescimento científico do estado de Pernambuco, no que se refere à assistência em HIV.

O Objetivo principal do estudo foi traçar e verificar a partir do perfil socioassistencial, as pessoas que fazem adesão a terapia antiretroviral no SAE-Goiana- Pernambuco e buscar identificar a partir destes dados, quais formas de tratamentos da TARV são ofertados neste serviço, analisando possíveis causas socioeconômicas que influenciam na adesão ou não deste usuário, bem como discutir a necessidade da oferta total de serviços para a população com HIV, para além da disponibilidade de medicação.

2. MÉTODOS

Trata-se de um estudo exploratório descritivo, sendo parte de um projeto de maior titulação com caráter de doutoramento da estudante e minha orientadora Danielle Chianca de Andrade Moraes, intitulado AVALIAÇÃO DA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL EM PACIENTES EM ATENDIMENTO AMBULATORIAL.

Para tanto, foram coletados os dados por meio do questionário sociodemográfico e CEAT-VIH instrumentos de coleta de dados, o primeiro construído pelo grupo de pesquisa “Práticas e Tecnologias para Promoção e Segurança na Assistência a Saúde” do Programa Associado a Pós-Graduação em Enfermagem da UPE/UEPB. O segundo foi um instrumento validado para a classificação do nível de adesão: CEAT–VIH (Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral). Para isso, pediu-se autorização para o seu uso, sendo a mesma concedida para esta pesquisa pelo seu autor.

As entrevistas foram realizadas no SAE- Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS para o desenvolvimento do perfil socioeconômico dos pacientes que fazem adesão à TARV, bem como analisar os seus desdobramentos. O SAE de Goiana foi fundado em 2013, o município fica a 60km da capital Recife e atende aos dez municípios da XII Geres (Goiana, Condado, Aliança, Itaquitinga, Itambé, Timbaúba, Ferreiros, Camutanga, Macaparana, São Vicente Férrer), que abrange a zona da mata norte pernambucana.

Para o armazenamento dos dados será obedecida a orientação sugerida pelo autor do CEAT -VIH. Os dados foram organizados em um banco eletrônico de dados, utilizando o programa Epi – Info 7, na versão 7.0.9.34, de 16 de abril de 2012.

A população da pesquisa seguiu critérios de elegibilidade, que foram pacientes maiores de 18 anos de idade assistidos no SAE Goiana, em uso de terapia antirretroviral a pelo menos 6 meses, que fazem monitoramento nos últimos doze meses de contagem de CD4 e carga viral, ficando de fora as pacientes gestantes e portadores de alguma deficiência cognitiva diagnosticada por indicação médica. Dessa forma, a amostra será composta por pacientes em tratamento com ARV adultos, adolescentes e jovens registrados no Siclom (Sistema de Controle Logístico de Medicamentos), que perfazem um total de 470 PVHIV, sendo 169 pessoas cadastradas no SAE de Goiana, seguindo os padrões éticos preconizados para pesquisa com seres humanos autorizados pelo comitê de ética.

Para tanto, a amostra foi determinada considerando a população média do SAE, cadastrada no SICLOM – Sistema de Controle Logístico de Medicamentos, no ano de 2016. O tamanho da amostra foi determinado, considerando-se: tamanho da população do SAE; margem de erro de 5%; nível de confiança de 95%; percentual de perdas de 10%; prevalência de 75% (BRASIL, 2010). Os cálculos foram feitos através do EPI-INFO® na versão 7.1.5.

No processo de coleta de dados foram utilizados questionários, sendo um para a coleta de informações socioeconômicas e aspectos clínicos; o outro

instrumento validado para a classificação do nível de adesão: CEAT-VIH (Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral). Para tanto, pediu-se autorização para o uso dos mesmos, sendo concedida para a pesquisa da autora, cabendo a mim utilizar do instrumental para fazer o recorte do objeto do presente estudo.

Nesse estudo, as PVHIV que apresentaram percentual de adesão maior ou igual a 85% de adesão foram classificadas como adesão adequada, em vez de adesão estrita, e os que apresentaram percentual de adesão menor que 85% serão classificados como adesão inadequada. Essa adaptação foi feita pelo fato da literatura apontar a importância da manutenção da adesão elevada para o sucesso terapêutico (BEZABHE et al, 2016; BASTARD et al, 2011).

3. RESULTADOS

No período de julho de 2017 a dezembro de 2017 foram realizadas coletas de dados no Serviço de Assistência Especializada, o SAE de Goiana. Foram entrevistados 52 indivíduos que fazem uso do TARV e são acompanhados neste serviço, sendo estes 22 do sexo feminino e 30 do sexo masculino. Mais da metade desses usuários 51,9% tem idade entre 40 e 60 anos, em seguida vem a população entre 29 a 39 anos com 32,7% e 18 a 28 anos com 15,4%.

Observando os resultados do questionário aplicado, podemos concluir que 48,1% dos usuários entrevistados não concluíram o 1º grau, outra parcela do percentual se divide entre 1º e 2º grau completos, tendo apenas 2 usuários com nível superior. 36 desses usuários são solteiros e apenas (19,2%) tem um companheiro(a) em uma relação estável. 4 pessoas são viúvos(as) e 2 são separados ou divorciados. 69,2% dizem possuir alguma religião, o outro percentual diz não possuir religião ou não quis informar. Em relação a renda familiar, 75% recebe até um salário mínimo. A partir da tabela 1 abaixo encontramos características fundamentais para compreender a situação desses entrevistados.

Muitos relataram serem negros ou pardos e contribuintes totais da renda recebida (40,4%), sendo estes a maioria beneficiários de algum programa governamental de distribuição de renda, como o Bolsa Família, Benefício de Prestação Continuada, INSS. No entanto, relatam também o desemprego 67,3%, restando muitas vezes às atividades autônomas, comumente chamados de “bicos”.

Tabela 1 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis sociodemográficas, no Serviço de Assistência Especializada de Goiana, Pernambuco - 2017.

Variáveis sociodemográficas	N	%
Total	52	100
Sexo		
Feminino	22	42,3
Masculino	30	57,7
Renda - SM⁽¹⁾		
Até 1 SM	39	75,0
1 a 2 SM	8	15,4
2 a 3 SM	3	5,8
3 a 4 SM	2	3,8
> 4 SM	0	0,0
Raça		
Amarela	1	1,9
Branca	10	19,2
Indígena	0	0,0
Parda	22	42,3
Negra	19	36,5
Contribuição		
Totalmente	21	40,4
Parcialmente	16	30,8
Não	15	28,8
Benefício		
Sim	22	42,3
Não	30	57,7
Trabalha		
Sim	17	32,7
Não	35	67,3

(1) SM - salário mínimo baseado no valor estabelecido para o ano de 2017 (R\$937,00), de acordo com o Decreto Federal Nº 8948, de 29/12/2016 (BRASIL, 2016b).

A tabela 2 apresenta variáveis importantes sobre questões relacionadas à informação sobre saúde, processo de conhecimento de sua condição sorológica, bem como a capacidade de promover saúde através da prática de esportes, cultura, lazer, habitação, etc.

Dos 52 entrevistados, apenas 3 tiveram acesso a grupos de educação em Saúde ao HIV e diferentes temáticas da saúde. No entanto, houveram outros entrevistados que relataram interesse em participar de grupos locais para entender um pouco mais da doença.

Mais de 80% dos entrevistados relataram não realizar nenhuma atividade física diária, vivendo sedentariamente. 44,2% vive com o vírus no período de 1 a 5 anos desde seu diagnóstico e este mesmo percentual equivale ao tempo que iniciou o tratamento mas que, no entanto nunca participou de nenhum grupo de educação em saúde que tratasse de HIV ou outra temática relacionada a saúde. Apenas três usuários participaram de algum grupo de apoio ao HIV.

Cerca de 60% afirmou ter filhos, no entanto 36,5% afirmaram não terem companheiro(a). Quando questionados ao uso do preservativo em relações sexuais 53,8% afirmaram usar sempre camisinha e 32,7% afirmou não possuir mais relações sexuais. 59,6% disse ter contraído o vírus através de relações sexuais desprotegidas e 78,8% argumentou não fazer uso de nenhuma droga considerada lícita ou ilícita.

Tabela 2 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis de saúde e comportamentais, no Serviço de Assistência Especializada de Goiana, Pernambuco - 2017.

Variáveis de saúde e comportamentais	N	%
Total	52	100
Realização de atividade física		
Sim	9	17,3
Não	42	80,8
Tempo de diagnóstico		

TRAÇANDO NOVOS OLHARES SOB ANTIGOS DESAFIOS: PERFIL SOCIOASSISTENCIAL DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV E A ADESÃO A TARV EM GOIANA-PE

< 1 ano	12	23,1
1 a 5 anos	23	44,2
5 a 10 anos	14	26,9
> 10 anos	3	5,8
Participação grupos de educação em saúde		
Sim	3	5,8
Não	48	92,3
Tempo tratamento		
< 1 ano	12	23,1
1 a 5 anos	23	44,2
5 a 10 anos	14	26,9
> 10 anos	3	5,8
Filhos		
Sim	32	61,5
Não	20	38,5
Companheiro com HIV		
Sim	13	25,0
Não	18	34,6
Não possui companheiro	19	36,5
Não sabe	2	3,8
Uso de preservativo		
Sim	28	53,8
Não	7	13,5
As vezes	0	0,0
Não possui relação sexual	17	32,7
Meio de contaminação		
Vertical	1	1,9
Relação sexual	31	59,6
Aleitamento cruzado	0	0,0
Pérfuro cortante	1	1,9
Transfusão sanguínea	0	0,0
Não sabe	20	38,5
Drogas lícitas e ilícitas		
Sim	11	21,2
Não	41	78,8

Na tabela 3 encontram-se as variáveis clínicas, onde observa-se que mais de 88% encontra-se hoje assintomático, fazendo o esquema do TARV de uma pílula por dia (57,7%) apresentando uma carga viral indetectável (75%) e a

contagem do CD4 entre 200 a 350 cel/mm³, que hoje são considerados satisfatórios para o tratamento da doença. Quase 70% dos usuários nunca esteve internado pelo HIV nem nunca teve doenças oportunistas (82,7%) e 94,2% não possui registro de adesão irregular.

Tabela 3 – Distribuição das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, segundo variáveis clínicas, no Serviço de Assistência Especializada de Goiana, Pernambuco - 2017.

Variáveis clínicas	N	%
Total	52	100
Apresentação sintomatológica		
Sintomático	6	11,5
Assintomático	46	88,5
Esquema da TARV⁽¹⁾		
1 pílula/dia	30	57,7
2 pílulas/dia	8	15,4
3 ou mais pílulas/dia	14	26,9
Carga viral		
Indetectável	39	75,0
Detectável	13	25,0
Contagem CD4+		
< 200 cel/mm ³	11	21,2
200 a 350 cel/mm ³	32	61,5
> 350 cel/mm ³	0	0,0
Internamento pelo HIV		
Sim	16	30,8
Não	36	69,2
Doença oportunista		
Sim	9	17,3
Não	43	82,7
Registro de adesão irregular		
Sim	3	5,8
Não	49	94,2

(1) TARV: Terapia antirretroviral;

No entanto, a tabela 4 vem demonstrar que dos 52 entrevistados, apenas 10 (19,2%) possuía nível de adesão adequada. Pois segundo a ficha de avaliação

respondida pelos mesmos, estes não atingiram a pontuação mínima para serem considerados adequados na adesão total ao TARV.

Tabela 4: Nível de adesão das pessoas vivendo com HIV em tratamento antirretroviral, no Serviço de Assistência Especializada de Goiana, Pernambuco - 2017

Nível de adesão ⁽¹⁾	N	%
Total	52	100
Inadequada	42	80,8
Adequada	10	19,2

(1) Níveis definidos segundo a classificação de adesão ao tratamento antirretroviral da versão validada para a língua portuguesa (Brasil) do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral” (REMOR, MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007; REMOR, 2002);

Sabe-se que a TARV exige do usuário uma transformação de vida intensa, na qual o mesmo é submetido a grande ingestão de medicações diárias, que causam fortes efeitos adversos e reações, bem como deposita a responsabilidade com o tratamento como algo individual daquele paciente. No entanto pode-se identificar que nem sempre a falta de adesão significa a irresponsabilidade do usuário ou falta de interesse em permanecer fiel ao tratamento.

4. DISCUSSÃO

De acordo com Ayres e colaboradores (2003), o conceito de vulnerabilidade é expresso por um “conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação” A adoção do termo vulnerabilidade permite traduzir a complexidade dos aspectos individuais e coletivos relacionados à exposição ao HIV e ao adoecimento por aids (Mann e col., 1993; Ayres e col., 2003).

É válido refletir que como Vieira argumenta et al. (2014), a realidade da “falta de programas de apoio assistencial, que garantam acesso à alimentação, educação, habitação, transporte, para as pessoas que não conseguem se inserir no mercado de trabalho em função da doença e do estigma a ela vinculado” (Vieira et al, 2014, p. 204) é um pesaroso contexto real socioeconômico que continua a incidir na epidemia, mesmo passado três décadas de seu conhecimento.

Segundo os dados do IBGE (2015) o nível de instrução cresceu de 2007 para 2014, sendo que o grupo de pessoas com pelo menos 11 anos de estudo, na população de 25 anos ou mais de idade, passou de 33,6% para 42,5%. No entanto, podemos observar que o nível de escolaridade dos usuários do SAE Goiana não acompanhou a crescente melhora nos índices educacionais do país.

Ayres (1999) já dizia que as desigualdades socioeconômicas do País também influenciam a dinâmica da aids. A partir dos resultados acima listados, podemos identificar que semelhante aos dados do Ministério da Saúde, os negros e pardos continuam a serem as populações mais atingidas pelo vírus do HIV. De acordo com a Base de Dados do Estado – BDE (2015), 57% da população total de Pernambuco se auto considera parda e 8,6% se auto intitula negra. Comparando aos negros e pardos entrevistados, estes equivalem a 78,8% do total, valor este bem expressivo. Afinal, sabe-se que por suas heranças históricas, marcadas por uma série de violações aos direitos civis, éticos e morais, além de ocuparem os piores cargos de trabalhos, de renda, conseqüentemente, o fator da cor da pele também repercutirá na má adesão ao tratamento com os antirretrovirais desse público.

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde (2017), com o item atualizado, afirma que o Exame de CD4 não deverá ser utilizado para o monitoramento clínico de uma pessoa vivendo com HIV quando todas as seguintes condições estiverem presentes no paciente: se for assintomático; estiver em tratamento antirretroviral (TARV); tiver carga viral indetectável; e houver apresentado dois exames consecutivos com intervalo

mínimo de seis meses de um para o outro, onde atestem CD4 maior que 350 células/mm³. Pode-se então observar que os pacientes entrevistados encontram-se em grande maioria numa situação considerada regular de acordo com os parâmetros do Ministério da Saúde (88,5%) pois todos, sem exceção tiveram como contagem < 200 a 350 cel/mm³. Poucos registraram doenças oportunistas (17,3%) e apenas 5,8% possui registro de adesão irregular.

Observa-se que fatores ligados a pobreza, interferem diretamente no acesso desses usuários. Pois uma das maiores dificuldades da coleta das informações foi ter acesso a esses usuários. Afinal muitos deles não vão ao SAE-Goiana buscar suas medicações por não terem condições financeiras de se deslocarem de suas cidades até o serviço. O que acaba restando como alternativa esperarem a atenção básica de seus municípios enviarem seus motoristas de ambulâncias, ou de carros da secretaria de saúde com as devidas receitas dos usuários para na atenção a saúde de sua cidade fazerem a dispensação.

Sabemos que este processo infringe o direito do sigilo dos pacientes, que muitas vezes são quebrados sem ao menos que eles se dêem conta. No entanto, nenhuma atitude por parte dos gestores é tomada para que essa realidade seja modificada. Cabendo a visita ao SAE a cada 6 meses para coleta de CD4 e Carga Viral para aqueles que dependem única e exclusivamente do transporte público disponibilizado pela secretaria de saúde de seu município, visitarem o SAE-Goiana.

Outro agravante para não chegada desse usuário até o serviço se dar ainda pelo forte estigma que a doença traz consigo e que em cidades interioranas tomam proporções ainda mais devastadoras. Afinal, muitos não querem ser vistos no local onde tratam pessoas que tem “aquela doença dos gays” (termo utilizado por um dos entrevistados quando foi questionado sobre suas visitas de rotina ao serviço). 69,2% dos entrevistados dizem possuir alguma religião, o que os torna ainda mais responsáveis em manter uma “boa conduta”, livre de estigmas e supostas relações extra-conjugais, independente do gênero. Sabemos que o tratamento da doença avançou muito, hoje o HIV tornou-se uma doença crônica

tratável. No entanto o ranço a ela atrelado de doença associada à promiscuidade ou o “câncer gay” ainda incide forte sobre pessoas, principalmente que tem recursos escassos a informação.

Quando questionados se já haviam participado ou ainda participavam de grupos que tratasse sobre educação em saúde, 92,3% disseram não terem participado. No entanto, alguns mostraram interesse em querer conhecer mais sobre a doença e outros aspectos da saúde, no entanto, o medo quanto ao sigilo de terem sua sorologia positiva revelada é o principal empecilho de estes procurarem participar de grupos de apoio. Os 3 únicos usuários que já participaram de grupos educacionais em saúde, afirmaram não terem realizado no SAE- Goiana nem em nenhum outro equipamento da XII Regional de Saúde, estes só foram participar de grupos que tratavam de HIV no Recife, e afirmaram ter parado de freqüentar os encontros pela dificuldade de deslocamento para a capital, o que exige um maior dispêndio financeiro, de tempo e energia.

Sabemos que conhecer sobre direitos e deveres em forma de educação em saúde também é promover saúde. Afinal é preciso empoderar os sujeitos quanto ao avanço da qualidade de vida da pessoa que vive com HIV hoje, além de encorajá-los a serem multiplicadores de conhecimento, sabendo prevenir-se quanto a coinfeções, bem como a infecção de novos casos. Segundo o último Protocolo Clínico e Diretrizes Terapeuticas (PCDT) lançado para adultos em 2017, afirma que a *educação entre pares, em parceria com Organizações da Sociedade Civil são fatores que facilitam uma melhor adesão.*

O funcionamento simultâneo no mesmo ambiente do SAE e do CTA (Centro de Testagem e Aconselhamento), também interfere no fluxo da rotina dos usuários acessarem este lugar de forma confortável, quanto da equipe profissional que atua no mesmo, o qual trabalham acumulando diversas funções para tentarem sanar as falhas do serviço por falta de recursos humanos. A equipe hoje é composta por uma médica infectologista, uma enfermeira, uma bióloga, uma psicopedagoga, dois técnicos laboratoriais, uma atendente e uma zeladora. Se levarmos em conta a perspectiva de integralidade das ações de saúde, veremos a

importância de ter um profissional assistente social na equipe desses serviços, como forma de articulação ao acesso e garantia dos direitos desses usuários, seja no esclarecimento de dúvidas quanto ao BPC, auxílio doença e etc; bem como profissionais psicólogos, para garantia do cuidado a saúde mental e psíquica desses usuários que por muitas vezes necessitem apenas de uma escuta qualificada.

No entanto, sabe-se das dificuldades que a saúde pública vem enfrentando em todo país, diante dos desmontes provocados pelo neoliberalismo nas políticas públicas dos cidadãos brasileiros, e que não afeta apenas o setor HIV mas arrasta consigo todos os direitos garantidos historicamente por lutas de classes e pressões dos movimentos sociais para que o SUS fosse capaz de se edificar como uma política gratuita e universal para todos.

5. AGRADECIMENTOS

A autora agradece aos profissionais do SAE-Goiana, PE, pelo apoio e cooperação para coleta de dados; A coordenação de IST IST/HIV/HV da SES-PE na pessoa do Sr. François Figueroa. A Escola de Saúde Pública (ESPPE) pelo incentivo de trabalhar a temática do HIV no processo de formação pela Residência em Saúde Coletiva; a orientadora deste projeto pelo suporte teórico e motivacional de sempre. E aos usuários do serviço, pois sem eles nada disso teria acontecido.

Contribuição dos autores

Cíntia Regina de Assis Oliveira: coleta de dados, redação do manuscrito, análise e discussão dos resultados.

Danielle Chianca de A. Moreas - elaboração do projeto, tabulação dos dados e análise estatística, revisão do artigo.

REFERÊNCIA

AYRES, J. C. R. M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de aids. In: BARBOSA, R.; PARKER, R. (orgs.). **Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder**. Rio de Janeiro: IMS; UERJ; São Paulo: Editora 34, 1999. p. 49-72.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto Atar**. Projeto Atar/Ministério da Saúde. Brasília, D,F 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: AIDS/DST**. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco Passos para a Prevenção Combinada ao HIV na Atenção Básica**. Brasília-DF , 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos**. Brasília-DF , 2017.

BASTARD, M, et al. **Revisiting Long-term Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in Senegal Using Latent Class Analysis**. J Acquir Immune Defic Syndr. 2011;57(1)55-61.

BEZABHE, WM. et al. **Adherence to Antiretroviral Therapy and Virologic Failure. A Meta-Analysis**. Medicine, 2016; 95(15):1-9. On line. Disponível em:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27082595>. Acesso em: 02 nov 2017

BRITO, Luís de. O sistema eleitoral: uma dimensão crítica da representação política em Moçambique. In: BRITO, Luís; CASTEL-BRANCO, Carlos Nuno; CHICHAVA, Sérgio; FANCISCO, António (Org.). **Desafios para Moçambique 2010**. Moçambique: IESE, 2011. p. 201-474. Disponível em: <http://www.iese.ac.mz/?__target__=iese_des2011>;. Acesso em: 09 nov. 2015

BDE- Base de Dados do Estado. **População residente, por cor ou raça, situação e sexo – Pernambuco** Período de referência: 2015. Disponível na internet via: http://www.bde.pe.gov.br/visualizacao/Visualizacao_formato2.aspx?CodInformacao=1031&Cod=3. Arquivo consultado em 14 de março de 2018.

GARCIA, Sandra.; SOUZA, Fabiana de Mendes. **Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração.** Saúde Soc. São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

GUERRA, CPP, Seidl EMF. **Adesão em HIV/AIDS: Estudo com adolescentes e seus cuidadores primários.** Psicologia em Estudo. [Internet]. 2010;15(4):781-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pe/v15n4/v15n4a13.pdf> .

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2015** Disponível na internet via: <https://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao.html> Arquivo consultado em 14 de março de 2018.

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; COSTA, S. F. G.; **Adesão de homens vivendo com HIV/Aids ao tratamento antirretroviral.** Esc. Anna Nery vol.18 no.4 Rio de Janeiro Oct./Dec. 2014

MORAES, D. C. A.; OLIVEIRA, R. C.; MOTTA, M.C.S. et al. **Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão.** Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, v7i4, online 2015. out./dez.

PASCHOAL, E.P. **Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.18, n.1, jan/mar 2014.

REMOR,E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. **Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral.”** Rev Saúde Públ, 2007; 41(5):685-94

UNAIDS. UNAIDS do Brasil. **A ONU e a resposta à AIDS no Brasil. 2012.** Disponível em: <http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2016/03A-ONU-e-a-resposta-PORTUGUÊS.pdf>. Acessado 19/12/2017.

UNAIDS. **90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.** Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acessado 11/12/2017. /12/2017.

VIEIRA, Ana Cristina de Souza ; ROCHA, Maria Solange Guerra. ; HEAD, Judith Frances ; CASIMIRO, Isabel Maria Alçada Padez Cortesão. **A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, África do Sul e Moçambique.** Revista Katálysis (Impresso), v. 17, p. 196-206, 2014.

ZUGE S.S., PADOIN S.M.M, MAGNAGO, T.S.B.S. **Fatores associados à adesão a terapia antirretroviral de adultos que têm HIV/Aids.** J Nurs UFPE online. 2012;6(7):1737-9.