

A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento

Health care for people living with HIV/AIDS accompanied by Centro de Testagem e Aconselhamento

La asistencia sanitaria a las personas que viven con el VIH/SIDA acompañadas por el Centro de Testagem e Aconselhamento

Recebido: 04/07/2020 | Revisado: 07/07/2020 | Aceito: 08/07/2020 | Publicado: 24/07/2020

Renata Paula Lima Beltrão

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3624-6171>

Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Brasil

E-mail: rplbeltrao@gmail.com

Augusto César Beltrão da Silva

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8458-9574>

Instituto de Educação Superior do Vale do Parnaíba, Brasil

E-mail: gubeltrao@yahoo.com.br

Alba Angélica Nunes Mouta

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4093-0224>

Universidade Federal do Delta do Parnaíba, Brasil

E-mail: angelicanmouta@gmail.com

Francisco Jander de Sousa Nogueira

ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4390-1709>

Universidade Federal do Delta do Parnaíba Brasil

E-mail: jander.sociosaude@gmail.com

José Ângelo Mouta Neto

ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-6287-4000>

Faculdade Luciano Feijão Brasil

E-mail: angelo.mouta@gmail.com

Resumo

Introdução: transformações sócio-políticas exigem reavaliação das demandas das pessoas vivendo com Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida(AIDS) (PVHA).Objetivo: Conhecer a realidade da assistência de saúde prestada às

PVHA. Métodos: pesquisa quali-quantitativa, aplicada em PVHA acompanhadas no Centro de Orientação e Apoio Sorológico/ Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA) de Parnaíba-PI. Participaram 51 sujeitos, selecionados aleatoriamente, maiores de 18 anos, cadastrados há mais de 6 meses no serviço; submetidos à questionários semi-estruturados e entrevistas, com conteúdo submetido a análise de discurso, e aos softwares SPSS, versão 21, e *Iramuteq*. Resultado: os sujeitos utilizam preferencialmente o serviço de saúde do COAS, sem outros itinerários estabelecidos; 96% declaram satisfação, porém relatam dificuldades quanto a integralidade e centralização. Reconhecem a importância da farmacoterapia e queixam de desrespeito e exclusão social. Conclusões: PVHA desenvolvem comportamento marginal no sistema de saúde; apesar da satisfação, relacionada a farmacoterapia, enfrentam restrições de acesso e integralidade; e são vítimas de preconceito e estigmatização.

Palavras-chave: Assistência; HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; COAS.

Resumen

Introducción: transformaciones socio-políticas requieren reevaluación de las demandas de las personas que viven con Virus de inmunodeficiencia humana (VIH)/ Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida(SIDA) (PVHA). Objetivo: Conocer la realidad de la asistencia de salud prestada a las PVHA. Métodos: investigación cuali-cuantitativa, aplicada en PVHA acompañadas en el Centro de Orientação e Apoio Sorológico/ Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA) de Parnaíba-PI. Participaron 51 sujetos, seleccionados aleatoriamente, mayores de 18 años, registrados hace más de 6 meses en el servicio; que se sometieron a cuestionarios semiestructurados y entrevistas, con contenido sometido a análisis de discurso, ya los softwares SPSS, versión 21, e *Iramuteq*. Resultado: los sujetos utilizan preferentemente el servicio de salud del COAS, sin otros itinerarios establecidos; El 96% declaran satisfacción, pero relatan dificultades en cuanto a integridad y centralización. Reconocen la importancia de la farmacoterapia y se quejan de falta de respeto y exclusión social. Conclusiones: La PVHA desarrolla comportamiento marginal en el sistema de salud; a pesar de la satisfacción, relacionada a la farmacoterapia, enfrentan restricciones de acceso e integralidad; y son víctimas de prejuicio y estigmatización.

Palabras clave: Asistencia; VIH; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; COAS.

Abstract

Introduction: Socio-political transformations require a reappraisal of the demands of people living with Human Immunodeficiency Virus (HIV)/Acquired Immunodeficiency Syndrome

(AIDS) (PLHA). Objective: To know the reality of health care provided to PLHA. Methods: qualitative-quantitative research, applied in PLHA accompanied at the Centro de Orientação e Apoio Sorológico/ Centro de Testagem e Aconselhamento (COAS/CTA) de Parnaíba-PI. Participants were 51 subjects, randomly selected, over 18 years old, registered for more than 6 months in the service; submitted to semi-structured questionnaires and interviews, with content submitted to discourse analysis, and to software SPSS, version 21, and Iramuteq. Result: the subjects preferentially use the health service of COAS, without other established itineraries; 96% state satisfaction, but they report difficulties regarding completeness and centralization. They recognize the importance of pharmacotherapy and complain of disrespect and social exclusion. Conclusions: PLHA develop marginal behavior in the health system; despite satisfaction, related to pharmacotherapy, face restrictions of access and completeness; and are victims of prejudice and stigmatization.

Keywords: Assistance; HIV; Acquired Immunodeficiency Syndrome; COAS

1. Introdução

Na década de 70, o Brasil viu surgir o movimento gay, voltado para sociabilidade e inclusão política das pessoas que mantinham relacionamentos homoafetivos, com relevantes conquistas, inclusive no questionamento da heteronormatividade. Em 1981 foram divulgados os casos iniciais da AIDS, restritos a homens que faziam sexo com homens ou parceiras destes, promovendo um retrocesso no panorama global, embasando manifestações de intolerância e levando à estigmatização por meio da identificação dos chamados grupos de risco (Facchini, 2003; Magri, 2018).

O medo infringido pela mazela desconhecida reforçou discursos que remetiam à repressão dos comportamentos culturalmente inaceitáveis, recriminando as pessoas por suas predileções sexuais, idiosincrasias e atitudes. A constatação diagnóstica da AIDS possuía uma representação física fatídica, similar a pena de morte; uma representação psicológica de auto-depreciação; e uma representação civil de condenação ao ostracismo. Os doentes foram responsabilizados pela disseminação do “mal” e marginalizados pela sociedade (Facchini, 2003; Barata, 2006; Sontag, 2007; Leal & Coelho, 2016).

Na década de 80, o flagelo chegou ao Brasil. O início catastrófico, ficou marcado pela incapacidade da comunidade científica de produzir medicamentos eficazes e de custo acessível. Os cuidados restringiam-se aos paliativos e ao controle das complicações infecciosas. A sobrevida era de 5 meses. Mantinha-se dificuldades em aceitar o soropositivo e

em adotar as medidas preventivas. Inexistia a percepção de que o “aidético” era uma pessoa em situação de risco físico, social e emocional (Grego, 2016; Nunes Júnior & Csojak, 2018).

As campanhas de controle disseminavam o terror, difundindo o uso da camisinha e a prática do sexo seguro, erroneamente confundido com o heterossexualismo. A forte associação entre a homossexualidade e a AIDS levou os defensores da liberdade sexual ao encolhimento durante determinado período. A “Peste Gay” atuou como fator desmobilizante! Existiu uma redução das entidades em defesa das Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT) (Facchini, 2003).

Médicos, cientistas, burocratas, políticos, artistas, homossexuais, hemofílicos e militantes, que mesmo com divergências conceituais, dividiam os interesses de amparar às pessoas infectadas pelo vírus e de combater a moléstia. Definiu-se o Espaço AIDS, um território de articulação organizada em prol de uma resposta efetiva à epidemia (Barros & Vieira-da-Silva, 2017).

A mais importante conquista do movimento contra-hegemônico foi a promulgação da Constituição Federal, em 1988, cujos dispositivos não foram meros resultados de conjuntura, mas produtos de um amplo processo de discussão e politização. Para os defensores da luta anti-AIDS, a Constituição significava a culminância das conquistas do movimento pela democratização da saúde (Brasil, 1988; Lima, 2014).

O mundo comemorava os avanços científicos no enfrentamento da AIDS. Em 1987, a Agência de Alimentos e Drogas dos Estados Unidos aprovou a zidovudina (AZT), droga primariamente utilizada no tratamento do câncer, para uso em pacientes com HIV. A comprovada queda na taxa da mortalidade com a monoterapia com AZT trouxe esperança na eliminação e controle do viral. Porém, o microrganismo desenvolveu resistência a droga em uso isolado (Greco, 2016; Barros & Vieira-da-Silva, 2017; Nunes Júnior & Ciosak, 2018). Em 1991, iniciou a distribuição do AZT pelo Sistema Único de Saúde (SUS), exigindo um montante vultoso. A mais barata Terapia Antirretroviral (TARV) chegava a US\$ 28,60 diários, respeitando as patentes das grandes indústrias farmacêuticas (Carvalho Júnior, 2007; Barros & Vieira-da-Silva, 2017; Nunes Júnior & Csojak, 2018).

Nesse sentido, com um atuante espaço AIDS, o Brasil assumiu importante papel na luta pela redução dos preços desses fármacos. Desde 1994, do Acordo sobre Aspectos de Direito de Propriedade Intelectual Relacionados ao Comércio, cujo artigo 31 prevê a possibilidade de licenciamento de acordo com a legislação do país signatário. E ainda, a Lei Federal 9.279/96, que regula a propriedade industrial e intelectual, refere-se ao licenciamento

compulsório por abuso de poder econômico (art.68) e em casos de emergência nacional (art. 71) (Brasil, 1996; Carvalho Júnior, 2007).

O Brasil iniciou a produção local de genéricos, que baixou custo/dia de tratamento para US\$7,58 (Carvalho Júnior, 2007). Cabe ressaltar que a quebra de patentes e a produção dos genéricos no Brasil foi importantíssima para países mais pobres, que, desprovidos de poder político, não conseguiam negociar com os laboratórios internacionais e demais governos (Côrrea & Cassier, 2010).

O Brasil aprovou a Lei 9.313/1996 que determina o acesso universal e gratuito ao coquetel. Rapidamente constatava-se um grande decréscimo na mortalidade relacionadas ao CID B24, e a sobrevida dos portadores ganhou um acréscimo de 58 meses após o diagnóstico (Brasil, 1996; Carvalho Júnior, 2007; Grego, 2016).

Entre 1980 a 2018, foram identificados 926.742 casos de AIDS no Brasil, com incidência média anual de 40 mil casos. 75% das PVHA conhecem seu estado sorológico; e entre estes, 79% tinham acesso a TARV. Entre as pessoas com acesso ao tratamento, 81% tinham carga viral suprimida (Brasil, 2018).

Em 2017, a revista científica *The Lancet* publicou um artigo que buscou a expectativa das PVHA que iniciaram a TARV entre 2008 e 2010, que atingiram CD4 acima de 350 células/mm³ até o final do primeiro ano de terapia. Os resultados animadores demonstraram uma expectativa de vida que se aproximava da população soronegativa. É fácil concluir que o surgimento da TARV e o acesso ao tratamento repercutiram na sobrevida dos soropositivos e transformaram uma enfermidade considerada altamente letal em uma doença de caráter crônico, sem cura conhecida (Pereira, 2015; Barros & Vieira-da-Silva, 2017).

Ressalta-se que o paciente não está curado, devendo familiarizar-se com questões de enfrentamento da condição sorológica, como: o uso regular da TARV, os efeitos colaterais, a possibilidade das doenças oportunistas, as mudanças físicas e a insegurança do adoecer. Os obstáculos concernentes ao tratamento, quer por eventos individuais, quer pela má qualidade ou falta de acesso, podem se manifestar como má adesão, o que aumenta o risco de transmissão da doença e de um desfecho desfavorável (Hipólito et al., 2017).

O objetivo desse estudo é mostrar as dificuldades enfrentadas e os percursos percorridos pelas PVHA na obtenção do acesso a saúde na cidade de Parnaíba-PI.

2. Metodologia

Trata-se de uma pesquisa quali-quantitativa, desenvolvida no COAS-CTA, localizado no município de Parnaíba-PI local de prestação de serviço ambulatorial para as PVHA dos municípios da Planície Litorânea e Cocais, entre maio e julho de 2018.

Foram incluídos na pesquisa os usuários regularmente acompanhados há pelo menos 6 meses, com diagnóstico de HIV-AIDS, não existindo distinção por sexo e/ou gênero. Excluiu-se da pesquisa os menores de 18 anos, aqueles que apresentavam alterações neurocognitivas que gerassem dificuldades na coleta dos dados; e os que se negaram a participar.

O COAS-CTA-Parnaíba-PI possuía no período um total de 328 usuários regularmente acompanhados. Foram abordados aleatoriamente e por critério de conveniência 66 sujeitos, 20% dos usuários, e convidados para participar da pesquisa. 9 pessoas expressaram o desejo de não participar e 6 afirmaram ser inaptos a responder os questionamentos. Assim, 51 pessoas foram formalmente incluídas no trabalho.

Dos 51 indivíduos, 35 (68,6%) são do gênero masculino; 19,6% da faixa etária entre 31 e 35 anos, seguidos dos 17,6% entre 41 e 45 anos e 13,7% entre 46 e 50 anos. Não existiram participantes acima dos 65 anos. A maioria dos sujeitos da pesquisa (72,5%) são oriundos de Parnaíba e outras regiões vizinhas, mas foram encontrados participantes do Ceará e do Maranhão. A maioria possui apenas o ensino fundamental incompleto (37,3%), seguidos daquelas com superior incompleto (15,7%) e médio completo (11,8%). Quanto a religião, 74,5% afirmaram ser católicos, 19,6% protestantes e 5,9% possuem outras religiões.

Comparando a amostra de PVHA eleita para a pesquisa com o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2018, a distribuição por gênero no presente trabalho é equivalente à do país, sendo pouco mais que 2 homens infectados para cada mulher. A associação AIDS com os baixos níveis de escolaridades também é bem descrita no documento. A distribuição por idades não reproduz fidedignamente a tendência nacional, onde a maior concentração dos casos em homens é entre 25 e 29 anos; porém confirma a faixa etária com maior concentração dos casos entre mulheres, que é entre 31 e 35 anos (Brasil, 2018)

Todos foram submetidos ao questionário semiestruturado, de modelo único e 22 foram elencados para o trecho qualitativo, com seleção realizada por escolhas não-probabilística. Foram realizadas entrevistas individuais, em encontros com datas pré-estabelecidas, na sala de reuniões do COAS-CTA-Parnaíba-PI. Os dados coletados a partir dos questionários foram tabulados e analisados no software estatístico SPSS, em sua versão 21. Os entrevistados foram identificados pelas letras do alfabeto de A-X.

Os resultados de todas as fases da pesquisa foram avaliados em associações, de modo a compor a contextualização social e discursiva de cada questão. As interpretações buscaram ser os mais fiéis possíveis, eximindo as crenças, posições políticas e sociais do pesquisador.

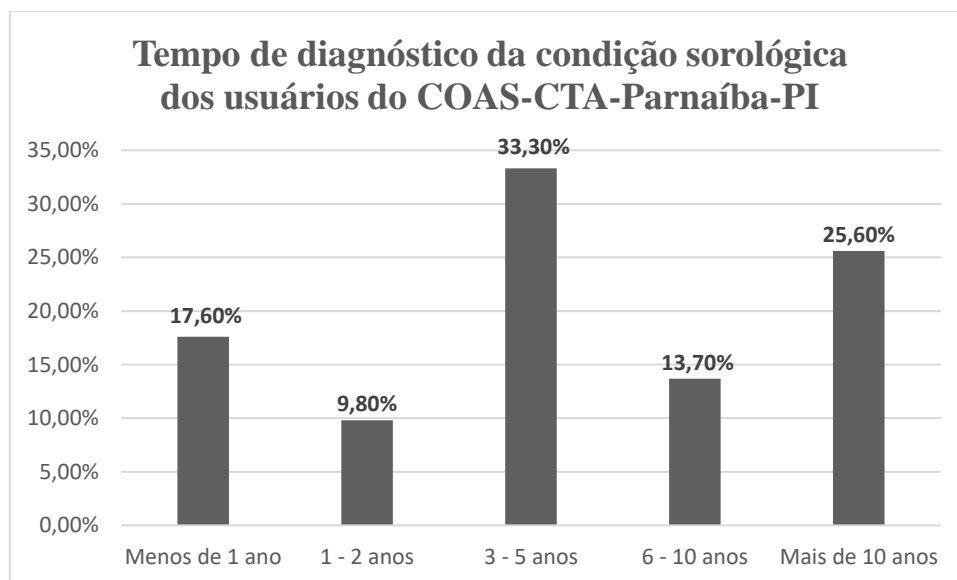
3. Resultados e discussões

Satisfação e o êxito das ações de saúde direcionadas às PVHA

Foram pontuadas como parâmetros de êxito nas ações de saúde ofertadas as PVHA: tempo de diagnóstico, tempo de acompanhamento no COAS-CTA-Parnaíba-PI, tempo de uso de TARV, adesão a medicação, o surgimento de complicações e a percepção do usuário quanto a resposta clínica.

Percebe-se como representado no Gráfico 1, que a maioria (33,3%) dos envolvidos já tem o diagnóstico de portador HIV/AIDS entre 3 e 5 anos, seguidos dos que tem a mais de 10 anos (25,6%).

Gráfico 1 - Tempo de diagnóstico da condição sorológica para o HIV dos usuários do COAS-CTA-Parnaíba-PI.



Fonte: Autores.

Foi possível verificar o tempo em que o portador é acompanhado pelo COAS-CTA-Parnaíba-PI, com o levantamento verifica-se que a maioria (31,5%) é acompanhada por 3 a 5 anos, seguidos dos que são acompanhados por menos de 1 ano (23,5%).

Ainda, é possível verificar há quanto tempo os participantes utilizam os medicamentos para o controle da infecção, a maioria afirmou que toma medicamentos entre 3 e 5 anos (33,4%), seguidos dos que tomam a mais de 10 anos (19,6%) e menos de 1 ano (19,6%). Quase a totalidade dos respondentes (98%) utiliza sempre, com raras falhas, caracterizando uma excelente adesão. Quando não usam, 74,5% afirmaram ser por falta de medicação, demais pessoas falaram em esquecimento ou uso de bebidas alcoólicas.

A adesão ao esquema de terapia antirretroviral se confronta com os índices de adesão encontrados nos Brasil, um estudo classifica como boa adesão 14% dos tratamentos realizados em homens e 48,7% dos realizados em mulheres. A variável pode existir considerando que a amostra deste trabalho foi selecionada entre usuários que estavam/frequentam o serviço, COAS-CTA-Parnaíba-PI, já dando indícios de que possam ser assíduos no tratamento. Além disso, o questionamento se reporta a auto-qualificação do paciente, que pode ser baseado em românticas ideias sobre sua parcela de responsabilidade. O entendimento da responsabilidade da PVHA quanto a tomada da TARV é a evidenciada quando os sujeitos de sua pesquisa se referem aos deveres das PVHA (Foresto et al, 2017; Felismino, Costa & Soares, 2008).

Seguindo posto em estudos anteriores, o consumo de bebidas alcoólicas surge como motivação para abandonos, mesmo que temporários, da TARV. O uso de outras drogas além do álcool também é citado em outros artigos (Costa et al., 2018; Freitas et al, 2018).

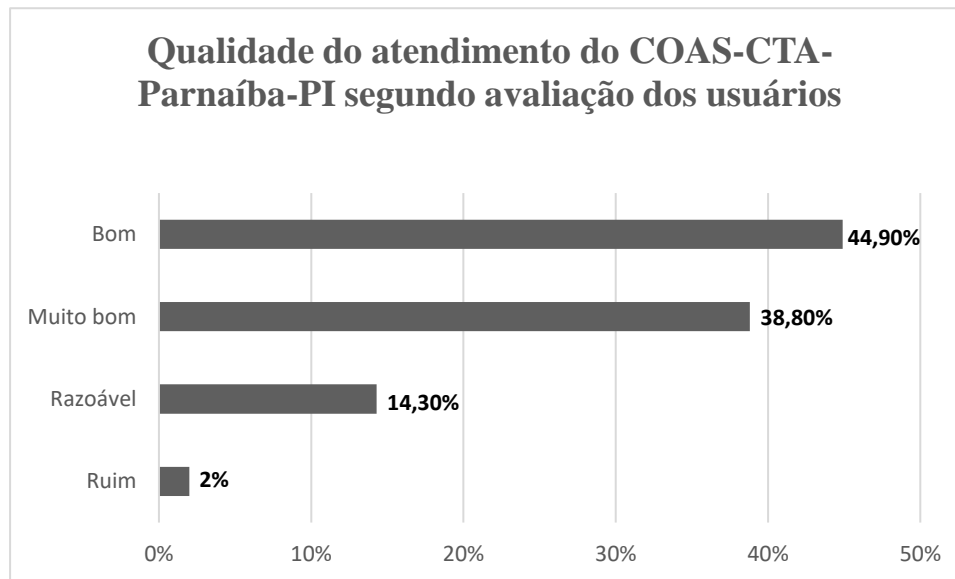
Perguntas quanto aos desdobramentos após o início do tratamento demonstraram que 90,2% dos participantes não tiveram complicação, e os poucos que as apresentaram, afirmaram sofrer com alergias e efeitos colaterais como náuseas, vômitos e tonturas. Todos (100%) afirmaram sentir melhora depois do início do tratamento.

Bem como nos dados apresentados acima, alguns ensaios concluíram que os eventos adversos medicamentosos, como vômito, diarreia, cefaleia e sonolência, são fatores desfavoráveis à adesão a TARV. Outras categorias alcançadas pelos pesquisadores foram as alterações corporais e a representação social negativa da TARV, que não foram citadas nessa observação. A baixa descrição de complicações que se associem aos efeitos colaterais ou inefetividade medicamentosa por resistência viral, repercutem positivamente no modo como a PVHA interpreta a assistência e o tratamento (Paschoal et al, 2014).

Ainda corroboram os dados que demonstram a percepção positiva dos sujeitos quanto ao efeito da TARV como fator modificador do curso da doença, com melhora clínica e significativo ganho na qualidade de vida (Paschoal et al, 2014).

Na avaliação da qualificação das ações de saúde destinadas às PVHA no COAS-CTA-Parnaíba-PI, percebe-se que a maioria (44,9%) classifica a unidade de atendimento como um local “bom”, seguidos dos que classificam como “muito bom” (38,8%), representado no Gráfico 2.

Gráfico 2 - Qualidade do atendimento do COAS-CTA-Parnaíba-PI segundo avaliação dos usuários.



Fonte: Autores.

De forma objetiva, tentou-se compreender o sentimento do paciente ao ser atendido no COAS-CTA-Parnaíba-PI, demonstrando que a maioria relatou estar satisfeito (64%) e acolhido (32%). Nessa mesma linha, 96% afirmam acreditar que são adequadamente atendidos.

A satisfação das PVHA com o atendimento recebido no COAS-CTA-Parnaíba-PI é expressa nos gráficos, 2% associam a assistência com adjetivos ruins como: baixa qualidade, inadequação, desrespeito e humilhação. A preocupação quanto aos sentimentos negativos associados a assistência terapêutica ofertada às PVHA advém da associação destes aos abandonos da TARV, que podem culminar no óbito (Rodrigues & Maksud, 2017).

Certas categorias são identificadas como essenciais para a assistência da PVHA, como: confiança na equipe de saúde, o conhecimento dos profissionais, a busca incessante de melhorias nesta assistência, o comprometimento da equipe com a saúde dos portadores, a rapidez em resolver os problemas e a atenção dispensada aos portadores e familiares. Quando indagados sobre o que seria o serviço ideal de saúde, registra-se em suas falas: “...até agora no

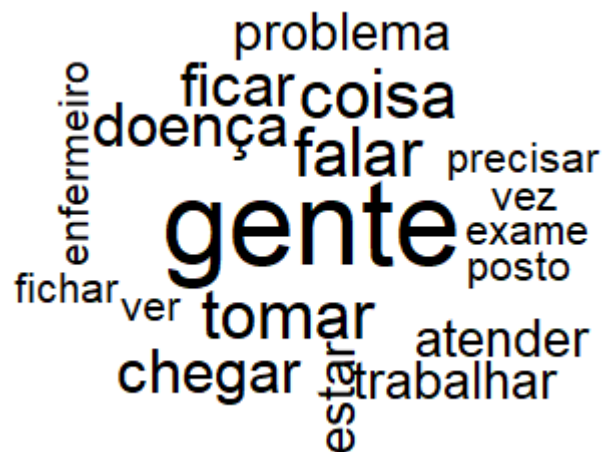
momento, tem sido bacana. Tem que melhorar mais algumas coisas.” (informação verbal)¹ e “Saúde ideal é quando a gente vê a necessidade ser atendida ne? Às vezes demora muito pra um problema ser resolvido, as vezes quando resolve já sofreu bastante” (informação verbal)²

Na análise das falas percebe-se que a disponibilidade, prontidão, rapidez, resolubilidade e eficácia são características integrantes do idealismo de um serviço na visão do paciente. A percepção subjetiva da melhora, sem especificidade sobre o que, chama a atenção nas entrevistas. “...primeiro que tenham profissionais de qualidade e que não demore muito no atendimento” (informação verbal)³.

Quando questionados sobre as dificuldades que enfrentam relacionadas à assistência, quase a totalidade dos participantes da pesquisa (94,2%) relatam que a principal dificuldade é a falha na disponibilização das medicações. Como pode ser representado: “O bom serviço é quando a gente consegue a medicação...”(informação verbal)⁴

Na busca de maior captação sobre as ideias de qualidade, efetividade, dificuldade e idealização da assistência que lhe é ofertada, foi desenhado uma nuvem de palavras (Figura 1), onde mais frequentemente surge: gente, tomar, chegar e atender. Sobre o vocábulo “tomar”, os sujeitos veem como positivo o fato de conseguir ter acesso aos medicamentos, de modo que, no aspecto medicamentoso, o tratamento possa transcorrer adequadamente.

Figura 1 - Nuvem de palavras do Corpus 1.



Fonte: Autores.

¹ Entrevista concedida pela pessoa B.

² Entrevista concedida pela pessoa H.

³ Entrevista concedida pela pessoa I.

⁴ Entrevista concedida pela pessoa A.

Alguns autores encontraram em suas pesquisas aspectos como o conhecimento, atenção, presteza, confiança, comprometimento e respeito por parte dos profissionais que os atendem, resolução e rapidez nos atendimentos prestados e a disponibilidade de medicações são determinantes da satisfação das PVHA sobre o serviço que recebem (Ribeiro, Rosa & Felacio, 2015).

Acesso, acessibilidade e fluxo das PVHA nos serviços destinados à assistência específica

Existem dois conceitos utilizados como sinônimos, porém com significados distintos: acessibilidade e acesso. A primeira refere-se as características da oferta; o segundo à forma pela qual as pessoas percebem a acessibilidade. Assim, a acessibilidade diz respeito à facilidade em utilizar os serviços de saúde e representa o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde e as demandas da população. Representa um pré-requisito relacionado à obtenção de cuidado e ao primeiro contato com os serviços. Sendo uma dimensão relevante nos estudos sobre equidade dos serviços de saúde e representa uma das principais características da atenção primária a saúde (Barros et al., 2016; Pedraza et al., 2018).

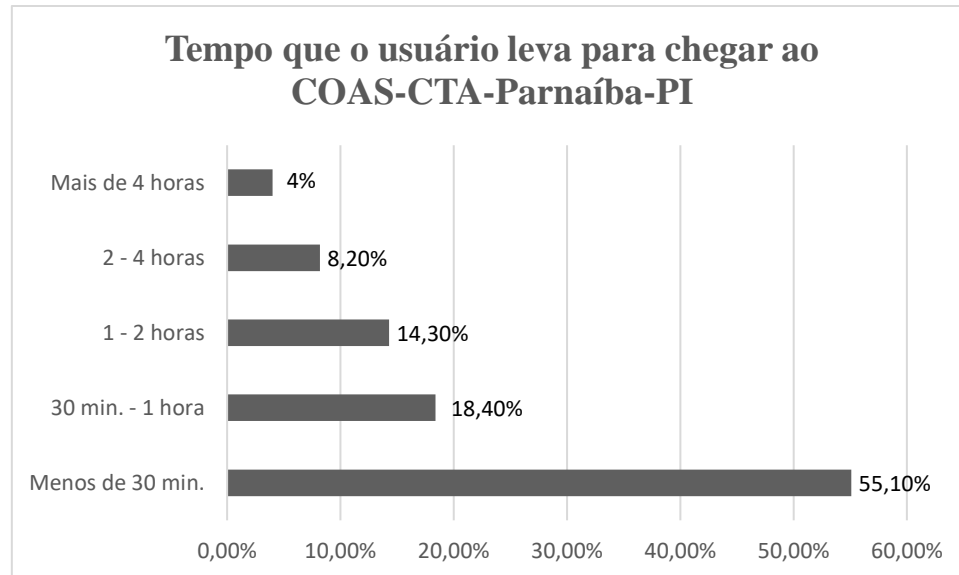
O acesso apresenta-se como um dos elementos do sistema de saúde, condicionado por características organizacionais e geográficas, que podem facilitar ou dificultar a entrada dos indivíduos nos serviços de saúde. Abrange características dos indivíduos e dos serviços, que podem viabilizar ou não a utilização dos serviços e a continuidade do cuidado (Barros et al., 2016; Pedraza et al., 2018).

Apesar da Constituição de 1988 assegurar a saúde enquanto direito universal a ser garantido pelo Estado, a despeito dos avanços conquistados, ainda se convive com a realidade desigual e excludente do acesso ao SUS (Assis & Jesus, 2012).

Buscando a compreensão do acesso das PVHA ao COAS-CTA-Parnaíba-PI percebemos que mais da metade dos indivíduos pesquisados (55,1%) leva menos de 30 minutos para chegar ao COAS-CTA-Parnaíba-PI e quase a totalidade (94,1%) não precisa de acompanhante para as consultas. 27,5% utilizam transportes públicos, seguidos dos que vão de transportes particulares (21,6%). 25% dos entrevistados leva mais de uma hora para chegar ao local, refletindo a centralização que ainda existe no SUS. “...era bom se não precisasse ter que vir do Buriti pra buscar os remédios todo o mês. Fico o tempo todo tendo que vir fazer os

exames. Perde o dia todo e é caro. Também espera muito. Já cheguei aqui pra tá tudo fechado.” (informação verbal)⁵.

Gráfico 3 - Tempo que o usuário leva para chegar ao COAS-CTA-Parnaíba-PI.



Fonte: Autores.

Segundo estudos anteriores, o acesso ao serviço de saúde é fator determinante na QV para as PVHA; assim como a inalcançabilidade é fator estressor e está associado a piores prognósticos (Pedraza et al., 2015; Fernandes et al., 2017).

No alusivo a existência do serviço multiprofissional ambulatorial disponível, os gráficos apresentam o tempo entre a requisição do atendimento e sua execução, setorizada pelas mais comumente ofertadas nos COAS-CTA. O atendimento com o infectologista, em 84,2% dos casos demora entre 1 e 3 dias, 15,8% conseguem no mesmo dia. percebe-se que quanto ao atendimento com profissionais da enfermagem, a grande maioria (84,2%), semelhantemente quando o atendimento que procuram é com assistente social (91,7%) consegue no mesmo dia, já com fisioterapia (86,2%) e com psicólogo (82%) não conseguem atendimento. Note os gráficos abaixo:

Existe a necessidade declarada do acompanhamento de profissionais que não compõe a equipe do COAS-CTA-Parnaíba-PI. A ausência de um fisioterapeuta reprime a demanda da reabilitação motora e pulmonar induzida pelas doenças oportunistas; enquanto a inexistência de um psicólogo disponível retrai o acompanhamento das diligências emocionais

⁵ Entrevista concedida pela pessoa L.

rotineiramente presentes no quadro clínico. Essas lacunas podem gerar uma busca nos profissionais disponíveis pelo apoio não proporcionado, levando a intervenções nem sempre baseadas em conhecimentos científicos.

Repare o peso dessa falha que refere que a gama de apresentações possibilitadas pela AIDS e com sua interferência em diversos setores e aspectos da vida, a interdisciplinaridade permite a ação em regime complementar das competências profissionais, favorecendo uma assistência qualificada, individualizada e humanizada de cuidado integral (Silva et al., 2011).

O itinerário terapêutico é o desenho de busca de cuidados que emerge das narrativas contadas pelos sujeitos que, nem sempre têm uma ordem cronológica, visto que as pessoas têm o seu tempo para contar as histórias, valorizando os momentos de acordo com seu ponto de vista³¹. Eles nem sempre correspondem àquele percorrido ou almejado pelas pessoas, resultando em peregrinações malsucedidas por diferentes serviços de saúde³². Apesar de existirem protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial, os indivíduos desenham através de suas escolhas (necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais)(Ferreira & Silva, 2012).

Admitindo-se que o COAS-CTA-Parnaíba-PI oferta serviços ambulatoriais as PVHA, interroga-se na realidade local, qual o fluxo de saúde enfrentado por esses pacientes quando necessitam ser acompanhados em caráter de urgência, emergência, internação e ambulatoriais não associadas as demandas do HIV.

Vista a orientação do Ministério da Saúde da descentralização paulatina desse serviço, com inclusão gradual na Estratégia de Saúde da Família (ESF); e que os serviços de urgência são restritos ao Pronto Socorro Municipal de Parnaíba, ao Hospital Estadual Dirceu Arcoverde-HEDA e aos Pronto Socorros das cidades adstritas, questiona-se como os soropositivos se relacionam com as portas de entrada do sistema. Nos discursos, discerne-se um padrão de repostas representado a seguir: “Geralmente eu procuro mais aqui” (informação verbal)⁶ e

Pra falar a verdade é até difícil eu procurar outro lugar. Agora que eu to com esse problema eu só venho aqui mesmo. Só os exames que eu vou fazer particular. Porque lá no posto mesmo, com esse problema o pessoal fica tudo assim, entendeu? (informação verbal)⁷

⁶ Entrevista concedida pela pessoa B.

⁷ Entrevista concedida pela pessoa C.

Observou-se uma certa resistência à busca de outros serviços de saúde que podem demonstrar insegurança quanto a capacidade técnica, a possibilidade de exposição aos profissionais e demais usuários e quanto ao modo operante da assistência, que pode não ser direcionada para a AIDS. A discriminação e o de trato das PVHA nos serviços de saúde tem sido pontuada em vários estudos, por motivações diversas; destacam-se: o medo da contaminação decorrente do pouco conhecimento sobre a transmissão do HIV, a dificuldade técnica quanto ao reconhecimento dos sinais e sintomas que possam estar associado ao quadro clínico, associação da doença com comportamentos impróprios e imorais, além da falta de conscientização da existência do preconceito e suas consequências (Jesus et al., 2017).

O posicionamento dos sujeitos da pesquisa pode ser justificado quando defendem que quando os profissionais se deparam com situações envolvendo valores e normas sociais conflitantes, são evidenciadas dificuldades de se produzirem respostas apoiadas exclusivamente em protocolos ou de se lançar mão de qualquer outro recurso apriorístico que oriente a ação. Isso porque conflitos morais estão presentes nas situações e se interpõe ao posicionamento ético profissional, influenciado na parte técnica e humana da assistência (Oliveira, Ayres e Zoboli, 2011).

O uso dos serviços particulares são apontados, em especial, para execução de exames. A reportagem ao Posto de Saúde é realizada em 8 das 22 entrevistas. Em três delas com alusão de atendimento a demandas não geradas pelo HIV; em duas delas com declaração de total negação ao serviço; e nas outras 3 com uma consideração de que este possa ser um local de cuidado paralelo ao COAS-CTA-Parnaíba-PI nas ocorrências relacionadas ao HIV. Pode ser observado analisando os trechos: “Não gosto de ir no Posto não. A atendente de lá mora perto da minha casa e fica falando de todo mundo.” (informação verbal)⁸; “Todo dia eu vou no posto de saúde pra tomar o remédio da diabetes (insulina), de manhã, e a tarde eu vou no SAMU.” (informação verbal)⁹.

É compreensível que a resistência ao atendimento na ESF por parte das PVHA. O forte estigma associado à ideia de que as PVHA sejam provenientes de populações marginalizadas, como homossexuais, e a crença de que a AIDS estaria relacionada com a promiscuidade sexual e comportamentos ilegais, como o uso de drogas, tem influenciado negativamente a interação entre os atores sociais da assistência em saúde (Oliveira, Ayres e Zoboli, 2011).

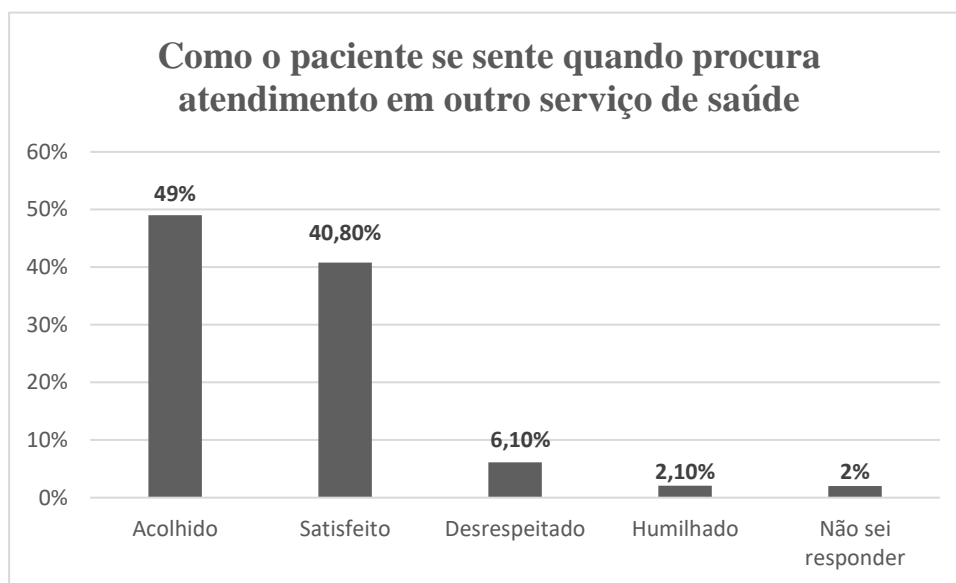
⁸ Entrevista concedida pela pessoa L.

⁹ Entrevista concedida pela pessoa J.

As poucas habilidades dos médicos e demais profissionais com os pormenores da condução do soropositivo limita a promoção do atendimento. Ademais, a proximidade da equipe com o ambiente rotineiro do paciente, sem confiança sobre o sigilo e o medo do preconceito são fartamente colocados nas bibliografias (Melo et al., 2018)

Quando questionados de modo objetivo como os pacientes se sentem em outros serviços de saúde, uma pequena parcela declara-se como humilhado e desrespeitado. Entretanto, a grande maioria refere-se acolhido e satisfeito.

Gráfico 4 - Como o paciente se sente quando procura atendimento em outro serviço de saúde.



Fonte: Autores.

As atitudes preconceituosas de profissionais de saúde foram pouco reportadas nas entrevistas (uma); todavia, na comunidade ainda parece ser um dos principais dilemas enfrentados pelas PVHA. Quando questionadas sobre experiências de discriminação, os relatos são fartos, como segue: “As vezes a gente tá conversando com alguma pessoa e a pessoa diz que quem tem AIDS, tem isso, tem aquilo, vai morrer, fulano de tal morreu. Aí a gente já fica resguardado” (informação verbal)¹⁰ e “...a pessoa não assimila o que vai dizer na hora. Ai já começa com o preconceito, diz que vai passar pra outras pessoas e tudo isso, mas a pessoa não sabe que tem tratamento pra isso.” (informação verbal)¹¹

¹⁰ Entrevista concedida pela pessoa A.

¹¹ Entrevista concedida pela pessoa B.

O medo de sofrer ações negativas embasadas em estigmas repercute negativamente no isolamento e no receio de viver em sociedade. Tanto a pessoa estigmatizada como quem estigmatiza tendem a desenvolver mecanismos protetores que se manifestam por condutas de afastamento (Antunes, Rosa & Brêtas, 2016). O preconceito vivido e o receio de re-enfrentá-lo é um fator preditivo negativo na QV e Saúde dos soropositivos (Fernandes et al., 2017).

Os sujeitos de nossa pesquisa não diferem dos apresentados por outros autores que definem o preconceito e o estigma como limitadores sociais dos soropositivos (Sá & Santos, 2018). O estigma e o preconceito são importantes vetores da vulnerabilidade, causadores de sofrimento psíquico e social, que coabita com as repercussões físicas do HIV (Maksud, 2012).

Uma complexa representação social do HIV/AIDS influencia desfavoravelmente o cotidiano das pessoas acometidas, no processo de inserção grupal, socialização, estigmatização, adesão à terapêutica e à condição de viver com o vírus/doença. Essa representação, longe de ser apenas uma reconstrução imaginária acerca de algo, apresenta-se como modulador da realidade vivida e operador das situações enfrentadas e expectativas (Antunes, Rosa & Brêtas, 2016).

Considerações finais

O trabalho constituiu-se em uma tentativa de conhecer e explorar importantes parâmetros de vida, relacionados à saúde e assistência de saúde das PVHA. Tomando-se como base o COAS-CTA-Parnaíba-PI, serviço responsável pelo acolhimento e seguimento de pacientes do norte do Piauí, Maranhão e Ceará. Conforma-se em um esforço para alicerçar projetos de mudanças e/ou inovações que culminem na melhoria da QV, em diversos aspectos, dos soropositivos.

Ser branco ou negro, homem ou mulher, homo ou hétero, rico ou pobre, umbandista ou católico, soropositivo ou soronegativo não deveriam ser condições discriminatórias quanto ao disfrute da cidadania. Entretanto, durante as entrevistas foi notório que essa não era a realidade vivenciada por essas pessoas. Foi possível ler roupas, trejeitos e posturas e observado como o silêncio e o olhar podem construir informações acadêmicas, submersas de sentimentos e percepções.

Tomar ciência das rotas enfrentadas pelos usuários na busca por assistência reforça a valorização do compromisso das PVHA com o tratamento. Em alguns casos, são horas de locomoção, em meios de transporte pouco confortáveis e nem sempre disponíveis, custeadas dificilmente. As condições físicas durante o transporte podem incluir sintomas comuns da

AIDS, como diarreias, náuseas e vômitos. Por isso a importância da descentralização do serviço e adequação/capacitação da ESF.

Além das dificuldades de acesso, é evidente as dificuldades na obtenção de consultas com fisioterapeutas e psicólogos, profissionais essenciais para o tratamento desses usuários. Levando a um redimensionamento da relevância da assistência de cada profissional e da necessidade de diálogo para o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar pleno, que garanta a integralidade. Foi observado nas narrativas a carência da humanização institucional, como suporte social complementar na batalha contra o vírus.

Referências

Antunes, C. M. C., Rosa, A. S., Brêtas, A. C. P. Da doença estigmatizante à ressignificação de viver em situação de rua. *Rev. Eletr. Enf*, 2016. Disponível em: <<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/04/832781/33141-172511-4-pb.pdf>>. Acessado em: 19 abr. 2019.

Assis, M. M. A., Jesus, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2012; 17(11):2865-2875.

Barata, G. F. O Fantástico apresenta a Aids ao público (1983-1992). In: Nascimento, D.R.; Carvalho, D.M.; Marques, R.C. (Org.). *Uma história brasileira das doenças*. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2006.

Barros, F. P. C., Lopes, J. S., Mendonça, A. V. M., Sousa, M. F. Acesso e equidade nos serviços de saúde: uma revisão estruturada. *Saúde debate*, Rio de Janeiro. 2016; 40(110):264-271.

Barros, S. G., Vieira-da-Silva, L. M. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro. 2017; 41(3),114-128.

Brasil. Constituição (1998). Brasília: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.

Brasil. Decreto n. 9.279, de 14 de maio de 1996. Dispõe sobre os direitos e obrigações relativos à propriedade industrial. Brasília, 1996.

Brasil. Decreto n. 9313, de 13 de novembro de 1996 (Br). Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids, Brasília, 1996.

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. HIV AIDS 2018. Boletim epidemiológico. 2018, 49(53).

Carvalho Júnior, P. H. B. O Custo da Terapia com anti-retrovirais. Revista Desafios do Desenvolvimento, Brasília. 2007, 35(4).

Corrêa, M., Cassier, M. (Org.). Aids e saúde pública: contribuições à reflexão sobre uma nova economia política dos medicamentos no Brasil. 1. ed. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2010. 244 .

Costa, J. O., Ceccato, M. G. B., Silveira, M. R., Bonolo, P. F., Reis, E. A., Acurcio, F. A. Efetividade da terapia antirretroviral na era de medicamentos em dose fixa combinada. Rev. Saúde Pública, São Paulo. 2018, 52(87).

Facchini, R. Movimento homossexual no Brasil: recompondo um histórico. Cadernos Arquivo Edgard Leuenroth, Rio de Janeiro. 2003; 10(18/19),79-123.

Felismino, H. P., Costa, S. F. G., Soares, M. J. G. O., Direitos e deveres de pessoas com HIV/AIDS no âmbito da saúde: um enfoque bioético. Revista Eletrônica de Enfermagem, Avai, 2008; 10(1),87-99.

Fernandes, N. M., Hennington, E. A., Bernardes, J. S., Grinsztejn, B. G. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2017, 33(4).

Ferreira, D. C., & Silva, G. A. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com HIV. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. 2012; 17(11),3087-3098.

Freitas, J. P., Sousa, L. R. M., Cruz, M. C. M. A., Caldeira, N. M. V. P., Gir, E. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. Acta paul. enferm, São Paulo. 2018; 31(3),327-333.

Foresto, J. S., Melo, E. S., Costa, C. R. B., Antonini, M., Gir, E., Reis, R. K. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. Rev Gaúcha Enferm, Porto Alegre. 2017, 38(1).

Greco, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2016, 21(5).

Gonçalves, A. P. Análise de conteúdo, análise do discurso e análise de conversação: estudo preliminar sobre diferenças conceituais e teórico-metodológicos. Administração: ensino e pesquisa, Rio de Janeiro. 2016; 17(2):275-300.

Hipolito, R. L., Oliveira, D. C., Costa, T. L., Marques, S. C., Pereira, E. R., Gomes, A. M.T. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto. 2017; 25(7),123-38.

Jesus, G. J., Oliveira, L. B., Caliari, J. S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E., Reis, R. K. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. Acta paul. enferm., São Paulo. 2017; 30(3),301-307, 2017.

Leal, N. S. B., Coelho, A. E. L. Representações sociais da AIDS para estudantes de Psicologia. Fractal, Rev. Psicol., Rio de Janeiro. 2016;28(1),9-16.

Lima, T. M. O direito à saúde revisitado - Entre os ideais da Constituição de 1988 e o drama jurídico atual. Revista de Informações Legislativas, Brasília. 2014; 51(202),181-201.

Magri, M. M. Esse vírus de *science fiction*: doença e alteridade em Caio Fernando Abreu. Estudos de Literatura Brasileira Contemporânea, Brasília. 2018; 54,231-244.

Maksud, I. Silêncios e segredos aspectos (não falados) da conjugalidade face a à sorodiscordancia para o HIV/Aids. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro. 2012; 28(6),1196-1204.

Melo, E. A., Maksud, I., Agostini, R. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Revista Panamericana de Salud Pública, São Paulo. 2018; 42(23).

Nunes Júnior, S. S, Ciosak, S. I. Terapia Antirretroviral para HIV/AIDS: O Estado da Arte. Revista de Enfermagem-UFPE, Recife. 2018;12(4),1103-1111.

Paschoal, E. P., Santo, C. C. E., Gomes, A. M. T., Santos, E. I., Oliveira, D. C., Pontes, A. P. M. Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, 2014; 18(1),32-40.

Pedraza, D. F., Nobre, A. M. D., Albuquerque, F. J. B., Menezes, T. N. Acessibilidade às Unidades Básicas de Saúde da Família na perspectiva de idosos. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro. 2018; 23(3),923-933.

Pereira, L. A. Uma análise sobre as desigualdades do HIV/ AIDS em municípios brasileiros, nos anos 1991, 2000 e 2010. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Saúde Coletiva)-Universidade de Brasília. Ceilândia, 2015.

Ribeiro, I. M., Rosa, A. F., & Felacio, V. C. M. Avaliação dos serviços de assistência em HIV/Aids na perspectiva de portadores. R. Interd. 2015; 8(4),71-81.

Rodrigues, M., & Maksud, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. Saúde debate, Rio de Janeiro. 2017; 41(113), 526-538.

Sá, A. A.M., Santos, C. V. M. A Vivência da Sexualidade de Pessoas que Vivem com HIV/Aids. Psicol. cienc. prof., Brasília. 2018; 38(4),773-786.

Silva, J. M. B., Nóbrega, V. K. M., Enders, B. C., Miranda, F. A. N. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV/AIDS. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2011; 25(2),195-202.

Silva, J. M. B., Nóbrega, V. K. M., Enders, B. C., Miranda, F. A. N. O cuidado da equipe multiprofissional ao portador de HIV/AIDS. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador. 2011; 25(2),195-202.

Silva, N. E. K., Sancho, L. G., Figueiredo, W. S. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha de cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. Temas livres – Ciênc. Saúde Colet, Rio de Janeiro. 2016; 21(3).

Sontag, S. Doença como metáforas/ AIDS e suas metáforas. Ed. Companhia de bolso. 2007

Oliveira, L. A., Ayres, J. R. C. M., Zoboli, E. L. C. P. Conflitos morais e atenção à saúde em Aids: aportes conceituais para uma ética discursiva do cuidado (2011). Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, 15(37), 363 – 375, abr./jun. 2011.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Renata Paula Lima Beltrão – 20%

Augusto César Beltrão da Silva – 20%

Alba Angélica Nunes Mouta – 20%

Francisco Jander de Sousa Nogueira – 20%

José Ângelo Mouta Neto – 20%