

Interface Saúde

PERCEPÇÃO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS FRENTE AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL¹

Gildevan Estrela Dantas (1)

Patrícia Nunes da Fonseca (2)

Francisca Ergovânia Batista de Brito (3)

Alisson de Meneses Pontes (4)

Débora Hipólito Lisboa Pontes (5)

Resumo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana), que destrói os mecanismos de defesa do corpo humano, provocando a perda da imunidade natural, permitindo o aparecimento das chamadas doenças oportunistas, tais como: diarreias, tuberculose, pneumonia, emagrecimento, entre outras (FARIAS, 2003). O presente estudo tem por objetivo identificar a percepção das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS frente ao tratamento antirretroviral. Participaram 20 portadores de HIV/AIDS com idade média de 39 anos, sendo 65% homens e 35% mulheres. Os participantes responderam um questionário, onde foi utilizado a análise de conteúdo e o PASW. Os resultados indicaram que a maioria dos pacientes aderiu ao tratamento antirretroviral apesar dos efeitos colaterais que o mesmo causava. Afirmaram que o tratamento tinha um significado de saúde e vida, já que lhes proporcionava uma maior sobrevivência. A partir da utilização dos antirretrovirais o HIV/AIDS deixou de ser referendado como uma “doença terminal” e passou a ser classificado como uma doença crônica (ALENCAR *et al*, 2008). Sendo assim, os respondentes tinham uma perspectiva positiva em relação ao futuro. Conclui-se que é necessário haver mais estudos acerca das ações oferecidas pelos serviços de saúde às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.

Palavras-Chave: hiv; tratamento antirretroviral; síndrome da imunodeficiência adquirida.

¹ Financiamento da pesquisa foi de responsabilidade dos pesquisadores

Introdução

No início da década de 80, a eclosão de uma nova doença, que posteriormente, foi identificada como uma síndrome, conhecida mundialmente pela sigla AIDS (*Acquired Immunodeficiency Syndrome* /Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), foi responsável por mudanças significativas na saúde, principalmente por combinar comportamento sexual e doença, já que a principal forma de transmissão do vírus é a sexual (GALVÃO, 2000).

A AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) que destrói os mecanismos de defesa do corpo humano, provocando a perda da imunidade adquirida, permitindo assim o aparecimento de várias doenças, chamadas oportunistas como: diarreias, feridas na boca, tuberculose, pneumonia, emagrecimento, entre outras (FARIAS, 2003).

O surgimento da AIDS foi um fenômeno social e histórico, o qual trouxe diversas dúvidas, mobilizando sentimentos e preconceitos que influenciaram o imaginário social, nascendo assim concepções negativas acerca da doença que a estigmatizaram, o que pode afetar a qualidade de vida dos infectados pelo vírus HIV (CARVALHO e PAES, 2011).

Foi em meados de 1981, nos Estados Unidos, que a AIDS foi inicialmente reconhecida. Na época identificou-se um elevado número de pacientes adultos do sexo masculino, homossexuais, moradores de São Francisco e Nova York, com características de imunossupressão, apresentando infecções oportunistas e um tipo de tumor raro, denominado de *Sarcoma de Kaposi* (BALESTIERI, 2005).

Desta forma foi concluído que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada e de etiologia provavelmente infecciosa e transmissível. No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez na década de 1980. Inicialmente era restrita às grandes metrópoles, como Rio de Janeiro e São Paulo, mas se expandiu para outras capitais e para o interior do País a partir da segunda metade da década de 80 (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2010).

Nesse sentido, o Brasil teria que avançar no controle e prevenção da AIDS e a resposta brasileira à epidemia resultou de uma construção coletiva que tem a sociedade civil, a organização das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e o Ministério da Saúde como seus principais participantes. Na complexa abordagem que esta resposta exige, o Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, antes Programa Nacional de DST/AIDS (PN-DST/AIDS), do Ministério da Saúde, tornou-se referência mundial por incluir um amplo sistema organizado de ações no campo da prevenção e assistência (SILVA e SILVA, 2011).

Elucidando melhor a epidemia, Ferreira (2010), advoga que a transmissão da AIDS ainda se dá predominantemente através das relações sexuais e, principalmente, nos casos em que a relação ocorreu de maneira desprotegida com um parceiro contaminado. Todavia, a transmissão do HIV pode acontecer através da transfusão de sangue ou hemoderivados, pelo uso compartilhado de seringas contaminadas, durante a gravidez, no momento do parto ou durante a amamentação.

Engel (2008) destaca ainda como dado clínico, que o tempo médio de vida das PVHA tem aumentado significativamente, assim como tem melhorado significativamente a qualidade de vida dessas pessoas. Há alguns anos o diagnóstico se constituía o fim último da vida (a morte). Hoje são verificados vários casos em que os portadores do vírus passam anos sem sequer desenvolver a doença. Isso se deve principalmente a eficiência do tratamento que, no Brasil, é tido como modelo.

Atualmente a AIDS é considerada uma pandemia, pois acomete milhões de pessoas em todo o mundo. De acordo com o relatório do *United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS, 2010) estima-se que existam, atualmente, 33,3 milhões de pessoas com HIV em todo mundo e que ocorreram 2,6 milhões de novas infecções em 2009. De acordo com o Boletim Epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde: a prevalência de infecção pelo HIV na população de jovens gay, 1,2% em conscritos do Exército em 2007, apresenta tendência de aumento no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Referindo-se aos dados epidemiológicos, nos últimos 12 anos e considerando os casos de AIDS notificados entre homens na faixa etária de 15 a 24 anos, houve um aumento de 45,9% na proporção de casos com categoria de exposição HSH, 46,4% em 2010. De 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 608.230 casos de AIDS. Em 2010 foram notificados 34.218 novos casos, com taxa de incidência nacional de 17,9/100.000 habitantes e razão de sexo de 1,7 novos casos em homens para cada caso em mulheres. Ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma estabilização da taxa de incidência no Brasil, mas segundo as regiões a taxa diminuiu na Região Sudeste e aumentou nas demais regiões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

Já os dados a partir da década de 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 14.127 casos de AIDS em menores de cinco anos. Em 2010 foram notificados 482 novos casos, com taxa de incidência de 3,5/100.000 habitantes. No Brasil, a taxa de incidência em menores de cinco anos é utilizada como indicador de monitoramento da transmissão vertical, e ao longo dos últimos 12 anos observa-se uma redução de 40,7%, mas segundo as regiões a incidência aumentou no Norte e Nordeste, e diminuiu nas demais regiões.

Ainda de 1980 a 2010, no Brasil, ocorreram 241.469 óbitos tendo como causa básica a AIDS. Em 2010 ocorreram 11.965 óbitos, com coeficiente bruto de mortalidade de 6,3/100.000 habitantes. Considerando o coeficiente de mortalidade padronizado (População brasileira de 2000, IBGE), nos últimos 10 anos observa-se redução de 11,1% na mortalidade por AIDS no Brasil, mas segundo as regiões a mortalidade aumentou no Norte, Nordeste e Sul, diminuiu no Sudeste, e estabilizou no Centro-Oeste.

Em 2010 foram notificados no Brasil 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2010, a única região com uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional foi a Região Sul com 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos.

A Paraíba ocupa o quinto lugar entre os nove estados da região Nordeste, em números de casos de AIDS. De 1985 a junho de 2010, foram notificados ao Sistema de Vigilância Epidemiológica do Estado 4.773 casos. Só no ano de 2010, até o mês de junho, foram registrados 178 novos casos (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2010).

Como característica do HIV, assim como os demais vírus, ao penetrar no organismo, vai à procura de uma célula para conseguir sobreviver e multiplicar-se. As células escolhidas pelo HIV são exatamente as que fazem parte do sistema imunológico e que são responsáveis pela defesa do organismo, principalmente os linfócitos T CD4⁺. A infecção pelo HIV pode ser dividida em quatro fases clínicas: infecção aguda; fase assintomática, também conhecida como latência clínica; fase sintomática inicial ou precoce e a última que é a AIDS. Assim sendo, ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS (FERREIRA, 2010).

No que concerne ao diagnóstico, de acordo com Engel (2008), é feito pela sorologia (teste anti-HIV). Este teste mede a presença de anticorpos anti-HIV, contra os principais antígenos virais. A maioria dos indivíduos infectados apresenta positividade sorológica anti-HIV após 6-12 semanas do contágio e quase todos (95% dos casos) após seis meses. Esses primeiros 3-6 meses da infecção, nos quais o paciente já pode transmitir o vírus, mas sua sorologia é negativa, constituem o que chamamos de “janela imunológica”.

Ainda em termos de diagnóstico sorológico de infecção pelo HIV, o Ministério da Saúde do Brasil preconiza que seja realizado o ELISA (*Enzyme Linked Immuno Sorbent Assay*), um teste imunoenzimático que permite a detecção de anticorpos específicos no plasma sanguíneo anti-HIV. É feito em duplicata, como método de triagem, e um outro método como teste confirmatório de positividade, que pode ser a aglutinação de partículas de látex, ou a IF (Imunofluorescência Indireta), na dependência das condições do laboratório. O ELISA anti-HIV tem uma especificidade limitada, ocorrendo um número considerável de falsos –

positivos. Os testes confirmatórios como: (1) Imunofluorescência indireta - a vantagem desse método é que ele é rápido e muito fácil de ser realizado, requerendo, todavia habilidade na leitura, que é subjetiva. Entretanto, requer a existência, no laboratório, de microscópio de fluorescência, o que encarece o método e o (2) *Western-Blot*. Este último é considerado o melhor teste confirmatório (especificidade muito alta, em torno de 99,7%), embora seja o mais oneroso. No entanto, há ainda outros testes confirmatórios tais como: Radioimunoprecipitação (RIPA) e o Teste de Detecção de Antígeno P24.

Atualmente, a AIDS é considerada uma doença crônica, portanto um dos maiores desafios é conseguir que os indivíduos infectados com o vírus ou que já desenvolveram a síndrome sigam corretamente e ininterruptamente o tratamento. O mesmo é baseado tanto nas medidas medicamentosas, ou seja, na terapia antirretroviral, como nas medidas não-medicamentosas, que incluem uma boa alimentação e prática regular de atividades físicas (CARACIOLO, 2007).

Parker, Mato e Terto (2005) afirmam que a ausência de informações e a impossibilidade de confrontar suas vivências pessoais parecem influenciar o tratamento, às vezes, determinando a protelação do mesmo e prejudicando a sua eficácia.

Engel (2008) apontou que no período entre 1982 a 1989, a sobrevida mediana no Brasil dos pacientes com AIDS maiores de 12 anos era de apenas 5,1 meses, ou seja, após o diagnóstico da primeira infecção oportunista, cerca de 50% dos pacientes morriam em menos de seis meses. Muito pouco se sabia sobre a doença e a medicina se deparava estarrecida e impotente com um número de mortes cada vez maior. A mudança deste cenário ocorreu em 1989 com a descoberta da Zidovudina - AZT, que se mostrou eficaz inicialmente, mas que não alterava o tempo de sobrevivência. Anos depois, surgiram novas substâncias que, associadas ao AZT, aumentaram discretamente a sobrevida das pessoas afetadas, chamada à época terapia dupla. O avanço nas pesquisas científicas possibilitou o aparecimento, em 1996, de uma proposta terapêutica que demonstrou um aumento da sobrevida, ficando popularmente conhecida como coquetel. Era a terapia antirretroviral de alta potência.

A terapia antirretroviral (TARV) vem aumentar a expectativa de vida dos doentes, reduzindo o número de doenças oportunistas e melhorando substancialmente sua qualidade de vida. Com a introdução dessa terapia combinada com o padrão de qualidade no tratamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a adesão do paciente a esquemas terapêuticos com múltiplas drogas tornou-se fundamental no manejo clínico dessa doença. Nesse sentido, verifica-se que a percepção do portador de HIV frente ao tratamento pode contribuir para sua melhora e adesão ao tratamento.

Diante destes avanços no tratamento, Veronesi e Focaccia (2005) esclarecem que a AIDS passaria a ser uma enfermidade crônica, compatível com sobrevivência e com preservação da qualidade de vida.

No Brasil, a notificação dos casos confirmados de AIDS é obrigatória, assim como em muitos países do mundo inteiro. Nesse sentido, as ações de vigilância epidemiológica são regulamentadas pela Lei Federal 6.259 de 30 de outubro de 1975 e pelo Decreto-Lei nº 78.231 de 12 de agosto de 1976, o que permite ter um controle do crescimento ou diminuição do número de casos da doença (TAVARES e MARINHO, 2007).

A partir de 1996/1995, frente ao ótimo resultado do “coquetel”, a Lei Federal 9.313 garante o acesso universal às drogas antirretrovirais que agem impedindo o HIV de se reproduzir dentro dos Linfócitos T CD4⁺ (tipo especial de glóbulo branco que desempenham um papel importante no sistema imunitário do corpo humano), cessando a infecção de novas células pelas suas cópias. Ao fazer isto, a quantidade de HIV no organismo diminui e o dano que ele pode causar ao sistema imunológico também é reduzido.

Entretanto, o uso dos antirretrovirais acompanha alguns eventos indesejáveis, tais como: sintomas gastrointestinais, neurológicos, hematológicos, neuropatia periférica, distúrbios metabólicos, etc., e mais recentemente, as dislipidemias (elevação de colesterol e triglicerídeos) e a lipodistrofia ou síndrome lipodistrófica (relacionada com a redistribuição da gordura corporal, devido à perda da gordura periférica e ao acúmulo de gordura central) (CARACIOLO, 2007). Estes eventos interferem na vida do paciente com HIV influenciando seu contexto biopsicossocial.

Para melhor compreender o fenômeno da pandemia da AIDS é relevante a incorporação de ações conjuntas de diferentes áreas do conhecimento, tais como: a Medicina, Enfermagem, Sociologia, Antropologia e Psicologia.

A Psicologia tem contribuído na luta contra a AIDS, produzindo conhecimentos sobre o assunto, promovendo a prevenção às DST/AIDS e oferecendo assistência psicológica aos portadores e seus familiares (ZEGANS e Cols.; 1994, CATALAN, 1995; IDAC/BANCO DE HORAS, 2000; BUCHALLA, PAIVA, 2002; SILVA e Cols., 2002; SALDANHA, FIGUEIREDO e COUTINHO, 2005). De forma específica, os profissionais de psicologia têm realizado o aconselhamento psicológico do pré-pós testes, a psicoterapia individual a pacientes ambulatoriais e internados, e a psicoterapia de grupo com pacientes soropositivos e seus familiares.

De acordo Remor (2002) os objetivos da intervenção psicológica são necessários para fortalecer as capacidades de enfrentamento dos portadores de HIV em relação ao desamparo

aprendido; ajudar na tomada de decisão; reduzir as alterações emocionais; informar sobre a doença de forma clara e adequada e ensinar estratégias de autocontrole. Para reduzir as alterações emocionais, deve-se intervir nos três níveis de resposta: cognitivo, fisiológico-emocional, motor ou comportamental.

Sendo assim, levantar dados e apontar estratégias são relevantes para o enfrentamento do HIV/AIDS não incubindo apenas ações do governo, mas um trabalho multiprofissional e intersetorial, de prevenção, diagnóstico e tratamento.

Com relação aos aspectos subjetivos do HIV/AIDS Morin (1994), esclarece que as ameaças e enigmas que emergiram com o surgimento do fenômeno social da AIDS podem desencadear um processo de elaboração, nos planos individual e coletivo, de teorias que combinam valores, crenças, atitudes e informação. Teoria que o indivíduo utiliza para construir uma visão coerente do objeto e de si no mundo, ao mesmo tempo em que procura negociar um espaço de aceitação e inclusão com os grupos com os quais interage.

Observa-se que o impacto da infecção pelo HIV pode gerar mudanças em diversas áreas na vida das pessoas. Enfrentar este problema, associado às dificuldades que a condição sorológica impõe em relação à qualidade de vida, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas com HIV/AIDS (MEIRELES e Cols., 2010).

Nos estudos de Carvalho e Paes (2011) as autoras esclarecem que, o estigma e a discriminação referentes à AIDS se manifestaram de várias formas, como por exemplo, nas expressões utilizadas: “câncer de gay”, “Síndrome da Ira de Deus” ou “peste de gay”. Estas expressões passavam a ideia de que a doença seria uma espécie de castigo divino contra pessoas cujo comportamento sexual não condizia com os dogmas cristãos. Assim, além de sofrerem com os danos físicos acarretados pelo HIV e as doenças oportunistas, as vítimas da AIDS tiveram de enfrentar a culpabilização individual pela infecção e o forte preconceito e rejeição por parte da sociedade.

Ainda segundo as autoras a família é a principal fonte de apoio para os soropositivos, afastar-se desse contato significa prejuízos. O que ocorre em alguns casos é que o medo do preconceito e isolamento faz com que os portadores escondam dos seus familiares o diagnóstico, tornando o enfrentamento da infecção um processo solitário, pois passam a acreditar que se revelarem seu diagnóstico serão rejeitados pela família, além disso, serão abandonados e discriminados. Esse sentimento se estende também para os amigos e até aos profissionais de saúde.

Diante da problematização, vale ressaltar que o preconceito ainda é um fator preocupante, assim como o medo e a angústia, pois podem desencadear uma situação de estresse, o que influencia na manutenção da saúde das PVHA. Esses tipos de aflições influenciam no comportamento social das demais pessoas, fazendo com que a soropositividade para o HIV torne-se uma sentença de morte. A relação do sistema imune com o estresse pode ser avaliada a partir de parâmetros clínicos, imunológicos e psicológicos. Vários sinais e sintomas, como apatia, depressão, desânimo, hipersensibilidade emotiva, irritabilidade, raiva, ira e ansiedade, geram estresse que podem ser detectados a partir da anamnese e do exame físico. O estresse também contribui para a manifestação de outras doenças, indicando que os aspectos psicológicos estão relacionados com os sintomas clínicos psicossomáticos (MEIRELES e Cols., 2010).

O imaginário coletivo acaba por influenciar e por vezes determinar comportamentos e atitudes. Nos estudos de Jodelet (2001) a autora afirma que a apropriação da AIDS pela mídia e pelos diferentes grupos sociais, antes mesmo que pesquisas biológicas trouxessem esclarecimentos sobre a doença, propiciou a formação de duas interpretações. Uma, de tipo moral e social, e outra, de tipo biológico, ambas com implicações para as diferentes relações e esferas da vida das pessoas, inclusive, as acometidas pelo agravo. Estas representações se inscrevem nos quadros de pensamento preexistentes e enveredam por uma moral social.

O HIV/AIDS e seus significados trouxeram profundas repercussões, principalmente para os serviços e as práticas dos profissionais de saúde. Neste sentido, estes devem estar preparados sob dois aspectos: proteção profissional e condutas éticas, não permeadas pelo preconceito (COSTA e Cols., 2012).

Percebe-se hoje uma nova concepção do cuidar as pessoas vivendo com HIV/AIDS, o que relaciona-se com a importância da valorização da percepção subjetiva das pessoas e não apenas da objetiva, onde é dada maior importância para os exames clínico-laboratoriais em detrimento da satisfação global da pessoa em relação a sua saúde/tratamento.

Diante das novas condições de tratamento já citadas, trazendo esperanças e possibilidade de vida longa, o indivíduo passou a reestruturar sua vida. O fortalecimento do suporte social, o apoio familiar, a vivência plena da sexualidade, a adesão ao tratamento e a concretização dos projetos de vida são alguns dos tópicos de interesse frente à nova perspectiva (CARVALHO e PAES, 2011).

Considerando o exposto, o estudo tem por objetivo identificar a percepção do paciente acometido pelo vírus da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV) frente ao tratamento antirretroviral. Ressalta-se ainda que as repercussões dessa patologia traz consigo mudanças adaptativas no estilo de vida e, também, por ser considerada uma doença crônica, tratável, porém incurável, que pode levar à morte e, ainda, impregnada de muito preconceito.

Método

Foi utilizada uma amostra não-probabilística, por conveniência (COZBY, 2003). Na pesquisa, foram selecionados 20 pacientes que se encontravam realizando o tratamento antirretroviral em um hospital da rede pública de João Pessoa – PB, que oferece serviço de referência em tratamento ambulatorial à pacientes com HIV/AIDS.

Como critérios de inclusão na amostra, exigia-se que os participantes fossem portadores de HIV, realizassem o tratamento antirretroviral, terem idade igual ou acima de 18 anos e concordarem em participar do estudo mediante assinatura do *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido* (TCLE), elaborado de acordo com os preceitos da Resolução 196/96, que trata das normas de pesquisa envolvendo seres humanos.

Foi aplicado um questionário contendo perguntas abertas e fechadas. Na primeira parte contemplaram-se sete questões sobre os aspectos sociodemográficos dos participantes do estudo (idade, gênero, estado civil, escolaridade, etc.). Na segunda foram apresentadas cinco questões relacionadas aos aspectos clínicos da AIDS (ano de diagnóstico, tempo de tratamento, forma de transmissão, adesão ao tratamento) e na terceira, foram oferecidas cinco questões referentes à percepção do paciente frente ao tratamento (rotina com a adesão ao tratamento, representatividade do tratamento na vida do paciente, significado da doença e do tratamento na vida do paciente e perspectivas de futuro após o tratamento).

Procedimentos

Inicialmente, foi solicitada a colaboração do hospital para o desenvolvimento da pesquisa com os pacientes. Após a aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS (Nº 0073 de 25 de março de 2009) prosseguiu-se a coleta dos dados, onde os participantes foram devidamente

informados sobre os procedimentos e objetivos do estudo, garantindo assim transparência e idoneidade aos mesmos.

Análise dos Dados

Os dados sociodemográficos obtidos foram analisados através do pacote estatístico PASW, versão 19.0, com o intuito de realizar estatísticas descritivas (tais como frequência, porcentagem, média e desvio padrão) das variáveis: idade, escolaridade, gênero, atividade (função), tempo de tratamento, perspectiva de futuro, outras patologias, significados da doença e do tratamento.

As questões abertas foram categorizadas por meio de Análise de Conteúdo que leva em consideração o critério de saturação, ou seja, não havendo mais possibilidade de corroborar dados significados dessa amostra (BARDIN, 2002).

Resultados

Dados sociodemográficos

A idade dos participantes variou de 20 a 67 anos ($m= 39$ anos; $dp =13,79$), sendo 65% homens e 35% mulheres. Quanto ao estado civil, 45% eram solteiros, 30% casados, 10% divorciados, 5% viúvo e 10% não responderam.

No que diz respeito à escolaridade, 30% dos participantes não eram alfabetizados, 25% possuíam o Ensino Fundamental Incompleto, 25% o Ensino Médio Completo, 15% o Ensino Fundamental Completo e 5% o Ensino Médio Incompleto.

Em relação ao ano de diagnóstico, houve variação entre o ano 1991 a 2009. A maior incidência foi entre 2008 e 2009 com 40% dos sujeitos em cada ano. Entre 2002 e 2006, foram 30% dos participantes e de 1991 a 2007, também 30% dos pacientes tiveram seu diagnóstico, ou seja, a data não corresponde ao início da doença e sim ao início do tratamento quando da descoberta da mesma.

Quanto à forma de transmissão, 90% dos pacientes disseram ter adquirido o HIV através de relação sexual, 5% por transfusão de sangue e 5% com material biológico contaminado.

Em relação às dificuldades (resistências) em aceitar o tratamento, 60% dos participantes afirmaram não terem dificuldades em aceitar o tratamento; 45% interromperam o tratamento em algum momento e 55% disseram que se submetiam a outros tratamentos além do medicamentoso.

No que diz respeito ao que representa o tratamento, verificou-se duas subcategorias: 1) *significado de saúde*, apresentado por 35% dos homens e 15% mulheres; 2) *significado de vida*, exposto por 30% dos homens e 20% das mulheres.

No tocante à rotina de tratamento, foram encontradas duas subcategorias: 1) *perda da autonomia*, apresentada por 50% dos homens e 25% das mulheres; 2) *ausência de mudança*, evidenciado por 15% dos homens e 10% das mulheres.

Quanto à medicação, 95% dos participantes afirmaram tomar regularmente a medicação. Para os usuários do medicamento, o reconhecimento é um fator relevante, pois 30% disseram conhecer o medicamento pela cor, 30% pelo tamanho e 20% por sua forma. Quanto ao recebimento da medicação, apenas 20% dos participantes relataram dificuldades.

Com relação aos efeitos colaterais, 40% dos participantes apresentavam efeitos colaterais, principalmente no começo do tratamento, em virtude do organismo não está acostumado com a medicação.

O paciente que tem o HIV não morre da AIDS, mas das chamadas “doenças oportunistas”, que devido ao enfraquecimento do sistema imunológico pelo vírus, ataca o organismo podendo levar o indivíduo à morte. Algumas doenças oportunistas emergiram durante o início do tratamento, como as dermatológicas (20%), as doenças pulmonares (15%), gripe (5%), hipertensão (5%), Calaza (5%), diarreia (5%) e Hanseníase (5%).

No que se refere ao significado da doença (AIDS), verificaram-se três subcategorias: 1) *a doença como fato negativo*, sendo apresentada por 40% dos homens e 10% das mulheres; 2) *a doença como fato normal*, exposto por 20% dos homens e 25% das mulheres; 3) *a doença como estigmatização*, indicado por 5% dos homens.

Por fim, foram acessadas as perspectivas do paciente em relação ao futuro, onde foram identificadas duas subcategorias: 1) *percepção positiva em relação ao futuro*, presentes nas respostas de 55% dos homens e 30% das mulheres; 2) *percepção negativa em relação ao futuro*, apresentadas por 10% dos homens e 05% das mulheres.

Discussão

Este trabalho vem trazer a discussão o tratamento antirretroviral na perspectiva do paciente, uma vez que os estudos mostram a relevância que este tem na vida dos portadores de HIV apesar dos efeitos indesejáveis que o mesmo pode ocasionar.

Como visto nos resultados, a grande maioria dos participantes adquiriram o vírus através da relação sexual o que revela a ausência de uso de preservativo no ato sexual. Este dado parece está relacionado à baixa escolaridade dos participantes, já que a amostra apresenta um número considerável de pessoas analfabetas e com Ensino Fundamental incompleto.

Para a maioria dos participantes (60%), não houve dificuldade em aceitar o tratamento antirretroviral, mesmo tendo que passar pelos infortúnios dos efeitos colaterais, tais como: sintomas gastrointestinais, neurológicos, hematológicos, entre outros. Para Tavares e Marinho (2007), as reações advindas do tratamento antirretroviral podem influenciar no tempo de tratamento, já que o uso contínuo limita o desenvolvimento de atividades rotineiras do paciente e, gradativamente, faz com que ele tenha perda de autonomia.

A literatura mostra que a não adesão aos medicamentos tem sido considerada, no plano individual, uma ameaça à efetividade do tratamento e para a disseminação de vírus resistência, no plano coletivo. Os novos regimes terapêuticos para a AIDS têm exigido dos pacientes uma complexa integração entre informações, habilidades e aceitação, além de outros componentes ligados ao ambiente e ao cuidado com a saúde. Ou seja, a adesão ao Tratamento Antirretroviral mostra uma percepção positiva/ boa da própria saúde, embora preocupações com o futuro e sintomas de depressão sejam ainda problemas a serem superados, porém reconhecem maior sobrevida quando amparados por seus familiares, equipe médica, superando assim os receios advindos da patologia (REIS e Cols., 2011).

Assim, investigar a causa da doença torna-se um fato secundário, o alvo principal a ser trabalhado deve ser o tratamento. É importante que, após o diagnóstico, haja acompanhamento médico e psicológico e, se tratando da AIDS, a medicação é imprescindível ao tratamento. Tendo em vista que, para manter a adesão, o paciente deve conseguir acompanhar sua evolução através de exames como o CD4 (tipo especial de glóbulos brancos que desempenham um papel importante no sistema imunitário do corpo humano) e a carga viral.

Nem sempre há a inclusão da medicação no início do tratamento, o médico infectologista é que dirá o momento certo de introduzir tais drogas e quando administradas devem ser tomadas fielmente, pois sem este o corpo fica fraco e há uma tendência a recaídas (PAIVA, LEME, NIGRO e CARACIOLO, 2004).

Apesar de todos os problemas vivenciados pelos pacientes da pesquisa, o tratamento antirretroviral tinha, para muitos, o significado *de saúde* mas, para outros, *de vida*, já que só por meio dele o paciente permanecia com uma sobrevida.

O tratamento antirretroviral que impactou de forma significativa a qualidade de vida dos portadores do vírus HIV, provocou uma diminuição da mortalidade imediata, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação de infecções oportunistas segundo, tem observado um retorno destes pacientes ao seu contexto social, envolvendo uma reintegração à sociedade e um resgate na qualidade de vida (REIS e Cols., 2011).

Ressalta-se que muitos dos sintomas apresentados pelos participantes não estavam associados diretamente a AIDS e sim, a fraqueza do sistema imunológico que provocou o aparecimento de outra doença como uma gripe ou diarreia, responsáveis pelo o estopim para a descoberta da doença.

No que compete ao tratamento, o Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a fornecer acesso aos antirretrovirais – integral, universal e gratuito – às Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (PVHA). No entanto, a disponibilidade dos medicamentos não foi suficiente para garantir o sucesso do programa. A complexidade do tratamento, que inclui o uso de medicamentos de forma contínua com intensos efeitos adversos, diversos tipos de interações e um alto custo, impôs a necessidade de estruturar, em nível nacional, uma assistência farmacêutica de qualidade (MORITZ, 2010). Sendo assim, hoje é possível visualizar um controle na epidemia.

Otimistas com as novas descobertas para o tratamento da AIDS, ainda considerada incurável, porém tratável, é animador receber as respostas dos participantes em relação às perspectivas em relação ao futuro, onde na sua maioria consideraram positiva, considerando o paradigma de morte trazido pela doença no auge de sua descoberta. Além do tratamento promover saúde, este também vem a ser sinônimo de vida, no sentido de sobrevivência.

Segundo Costa e Cols. (2012) percebem que hoje há uma maior aceitação da doença e motivação frente ao futuro, não sendo a doença empecilho de continuar a viver e sonhar, mesmo reconhecendo o preconceito velado nos olhares das pessoas. Todavia as PVHA estão mais conscientes em relação a patologia, não refletindo a realidade de inserção e

desenvolvimento de práticas que ressignifiquem suas vidas, ou seja, há uma busca positiva de significados frente ao tratamento, encontrando assim resiliência.

Considerações finais

Para chegar a tal contexto de concepção, diagnóstico e aceitação da doença AIDS foi preciso não só rever conceitos, mas, sobretudo um olhar além da atuação sobre a doença, sendo necessário fomentar a convivência saudável entre os indivíduos e a busca por um ambiente agradável para se viver uma concepção biopsicossocial da saúde.

Isso quer dizer que não basta só o conhecimento técnico e indutivo para enfrentar as patologias (adversidades) da vida. Debruçar sobre o problema do outro sem conhecer é como atirar no escuro, pode acertar o alvo ou não. A vida humana não é um ensaio de tentativas.

Com o advento das políticas públicas de enfrentamento ao HIV percebe-se que o número de pacientes que buscam o tratamento é significativo, todavia poder-se-ia melhorar. Para dar uma resposta ao problema, não se deveria esperar apenas pela ação do poder público, mas ter a participação de toda a sociedade, haja vista que muitos homens e mulheres são tão vulneráveis quanto àqueles que estão em tratamento.

A partir do que se verificou na pesquisa, as políticas públicas podem e devem ser ampliadas, discutidas para ganharem contornos em virtude dos diferentes interessados. A dimensão positiva em relação ao tratamento, demonstra um avanço dos antirretrovirais na vida das PVHA. Este progresso evidencia a experiência dos especialistas e usuários (protagonistas no processo) com a diversidade presente nos serviços de saúde e na gama de atividades diárias que fazem parte da assistência.

Diante do exposto faz necessário novos estudos acerca da temática, não só em virtude da complexidade da doença AIDS, considerando os avanços da ciência, mas sobretudo, acerca da aplicabilidade e operacionalidade dos serviços de saúde no cumprimento da lei e seus reflexos na vida das Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.

Referências

- ALENCAR, Tatiana Meireles Dantas de; NEMES, Maria Ines Battistella; VELLOSO, Marco Aurélio. Transformações da AIDS aguda para AIDS crônica: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas com HIV e AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, Dez. 2008.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Edições 70. Lisboa, 2002.
- BALESTIERI, F. M. P. **Imunologia**. São Paulo: Malone, 2005.
- BUCHALLA, C., e PAIVA, V. Da compreensão da vulnerabilidade social ao enfoque multidisciplinar. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo: 36,117-119. 2002.
- CATALAN, J. *Psychological interventions in infection with the human immunodeficiency virus*. *British Journal of Psychiatry*, Londres, 167,104-11.1995.
- CARACIOLO, J. M. M. *Manual de Boas Práticas de Adesão - HIV/AIDS*. São Paulo: Bristol-Myers Squibb. 2007.
- CARVALHO, S. M.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 19 (2): 157-63. 20. 2011.
- COZBY, P. C. **Métodos de Pesquisa em Ciências do comportamento**. São Paulo: Atlas. 2003.
- COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A. Representações sociais sobre pessoas com HIV/AIDS entre enfermeiros: uma análise estrutural e de zona muda. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**. Rio de Janeiro v. 12 n. 1 p. 242-259. 2012.
- ENGEL, C. L. **Infectologia**. Vol. 5. Rio de Janeiro: Medwriters. 2008.
- FARIAS, J. L. **Patologia Geral**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2003.
- FERREIRA, D. S. R. **Simulações do tratamento antirretroviral em populações com estrutura de idades**. 162 f. Dissertação (Mestrado em Física) – Universidade Fluminense – Instituto de Física. Niterói, Rio de Janeiro. 2010.
- FIGUEIREDO, M. A. C. AIDS, ciência e sociedade: A dicotomia entre conhecimento técnico e competência social no trabalho do profissional de saúde. Em M. L. Boarini (Orgs.), *Desafios na atenção à saúde mental*, 79-92. São Paulo: Editora Universidade de Londrina. 2006.
- GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: A agenda de construção de uma epidemia**. (34 ed.). Rio de Janeiro: ABIA. 2000.
- IDAC/BANCO DE HORAS. Primeiro Simpósio Subjetividade e AIDS - o Livro. Rio de Janeiro: Idac, 2000.

JODELET, D. (Org.). **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001, p. 17-44.

MEIRELES, B. H. S.; SILVA, D. M. G. V.; VIEIRA, F. M. A.; SOUZA, S. S.; COELHO, I. Z.; BATISTA, R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 68-76, jul./set.2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional DST/AIDS - **Boletim Epidemiológico**, 2010. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/data/Pages/lumise77b47c8itemid0863246e010245edb538eb99511f42b2ptbrie.htm>. Acesso em: 22 agosto de 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Boletim Epidemiológico** - Aids e DST. Ano VIII - nº 1 - 27ª a 52ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2010. Ano VIII - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2011. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf. Acesso em: 21 agosto de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Secretária de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional DST/AIDS – História da AIDS**. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pagina/historia-da-AIDS>. Acesso em: 22 maio de 2010.

MORITZ, A. F. E. **Satisfação do usuário com a dispensação de medicamentos para o tratamento da AIDS no Brasil : contribuições para o desenvolvimento de um modelo de avaliação**. Tese de doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Pós-Graduação em Saúde Pública. Rio de Janeiro, Rio de Janeiro. 2010.

MORIN, M. Entre représentations et pratiques: lês sida, la prévention et lês jeunes. In: ABRIC, J-C (Org.). **Pratiques sociales et representation**. Paris: PUF, 1994, p. 109-144.

PAIVA, V., LEME, B., NIGRO, R.; CARACIOLO, J. **Lidando com a adesão: A experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo**: Revisão da literatura médica. Em R. P.Teixeira, V. Paiva e E. Shimma (Orgs.), *Ta Difícil de Engolir? Experiências de Adesão ao Tratamewnto Anti-retroviral em São Paulo*: 22-59. São Paulo: NepAIDS. 2004.

PARKER, R., MATO, R. A.; TERTO JR, V. As estratégias do banco mundial e a resposta à AIDS no Brasil. Em R. Parker & Mato, R. A.; Terto Jr, V (Orgs.) *As estratégias dos bancos multilaterais para o Brasil*. Brasília (107-130). Rede Brasil, 2005.

REMOR, E. A. Psicologia: Teoria e Pesquisa. V. 18 n. 3, 283-287. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n3/a07v18n3.pdf>. Acesso em: 20 março de 2010.

REIS, R. K.; CLAUDIA, B. S.; ROSANA, A. S. D.; ELUCIR, G. I. R. **Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2011 Jul-Set; 20(3): 565-75.

SALDANHA, A. A. W. **Vulnerabilidade e Construções de Enfrentamento da Soropositividade ao HIV por Mulheres Infectadas em Relacionamento Estável**. Tese de doutorado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2003.

SALDANHA, A. A. W.; FIGUEIREDO, M. A. C.; COUTINHO, M. P. L. **Atendimento Psicossocial à AIDS. A busca pelas questões subjetivas.** *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, Niterói, 16,84-91. 2004.

SILVA, W. A.; BUCHALA, C. M.; PAIVA, V.; LATORRES, M. R. D; O., STALL, R.; HEARST, N. *Prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e AIDS entre jogadores juniores.* **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: 2002. V.36, n. 68-75.

SILVA, J. M.; SILVA, C. R. C. HIV/AIDS e violência: da opressão que cala à participação que acolhe e potencializa. **Saude e soc.**, São Paulo, 2003. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104. Acesso em: 29 de dezembro de 2011.

TAVARES, W; e MARINHO, L. A. C. **Rotinas de Diagnóstico e Tratamento das Doenças Infeciosas e Parasitárias.** (2 ed.) São Paulo: Atheneu. 2007.

VERONESI, R.; FOCACCIA, R. **Tratado de Infectologia.** 3 ed. São Paulo: Atheneu. 2005.

ZEGANS, L. S.; GERHARD, A L.; COATES, T. L. *Psychotherapies for the person with HIV disease.* *Psychiatric Clinics of North America, Filadélfia*, 17, 149-162. 1994.

Sobre os autores:

1. **Gildevan Estrela Dantas** é psicólogo, mestrando em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba – UFPB. **E-mail:** gildevanteo@hotmail.com
2. **Patrícia Nunes da Fonseca** é Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. **E-mail:** patynfonseca@hotmail.com;
3. **Francisca Ergovânia Batista de Brito** é Enfermeira pela Faculdade Dr. Leão Sampaio em Juazeiro do Norte – CE. Especialista em Administração Hospitalar pela Universidade Regional do Cariri – URCA e em . Políticas Públicas e Saúde Coletiva (URCA). **E-mail:** ergovaniabrito@hotmail.com
4. **Alisson de Meneses Pontes** é Psicólogo, Mestre em Ciências das Religiões pela Universidade Federal da Paraíba – UFPB. **E-mail:** alisson.mpontes@hotmail.com;
5. **Débora Hipólito Lisboa Pontes** é Psicóloga Clínica e Hospitalar. **E-mail:** debora_hipolito@hotmail.com

Como citar este artigo (Formato ISO):

DANTAS, G.E.; FONSECA, P.N.; BRITO, F.E.B.; PONTES, A.M.; PONTES, D.H.L. Percepção das pessoas vivendo com HIV/AIDS frente ao tratamento antirretroviral. **Id on Line Revista de Psicologia**, Julho de 2012, vol.1, n.17, p.48-64. ISSN 1981-1189.