

Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica

Vulnerabilities present in the path experienced by patients with HIV / AIDS in treatment failure
Vulnerabilidades presentes en la ruta vivida por pacientes con VIH / SIDA en falla terapéutica

**Petra Kelly Rabelo de Sousa¹, Daniele Viana Maia Torres^{II},
Karla Corrêa Lima Miranda^{III}, Amanda Carneiro Franco^I**

¹ Universidade Estadual do Ceará, Curso de Graduação em Enfermagem (Graduanda). Fortaleza-CE, Brasil.

^{II} Universidade Estadual do Ceará, Curso de Graduação em Enfermagem,
Mestrado em Cuidados Clínicos em Saúde. Fortaleza-CE, Brasil.

^{III} Universidade Estadual do Ceará, Curso de Graduação em Enfermagem. Fortaleza-CE, Brasil.

Submissão: 24-04-2011 **Aprovação:** 18-04-2013

RESUMO

Um grande avanço no tratamento da AIDS deu-se com o surgimento da terapia antiretroviral. Entretanto, diversas vulnerabilidades podem estar presentes no percurso vivenciado pelos pacientes durante o tratamento. Objetivou-se analisar as vulnerabilidades dos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. Estudo qualitativo realizado com sete usuários com AIDS considerados em falha terapêutica, em uma Unidade de Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/AIDS, em Fortaleza-CE. Para interpretação dos dados, utilizou-se uma técnica de análise de conteúdo. Nos discursos, percebeu-se que os depoentes enfrentavam conflitos na família e, no ambiente de trabalho, dificuldades de relacionamento com as pessoas e estigma. Observou-se que os pacientes haviam vivenciado diversas situações que os tornaram mais suscetíveis à infecção por HIV e ao adoecimento.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Falha de Tratamento; Vulnerabilidade.

ABSTRACT

A major breakthrough in AIDS treatment occurred with the advent of antiretroviral therapy. However, several vulnerabilities may be present in the path experienced by patients during treatment. This study aimed to analyze the vulnerabilities of patients with HIV / AIDS in treatment failure. It is a qualitative study, involving seven users with AIDS considered in treatment failure in an Outpatient Service Unit on HIV / AIDS, in Fortaleza-CE. To interpret the data, it was used the technique of content analysis. In the speeches, it was realized that the deponents faced conflicts in the family and, difficult relationships with people and stigma at work. It was observed that patients had experienced various situations that made them more susceptible to HIV infection and illness.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome; Treatment Failure; Vulnerability.

RESUMEN

Un gran avance en el tratamiento del SIDA se llevó a cabo con el advenimiento de la terapia antirretroviral. Sin embargo, numerosas vulnerabilidades pueden estar presentes en la ruta vivida por los pacientes durante el tratamiento. Este estudio tuvo como objetivo analizar las vulnerabilidades de los pacientes con VIH / SIDA en falla terapéutica. Estudio cualitativo en que fueran incluidos siete usuarios con el SIDA y en falla terapéutica, atendidos en una Unidad de Servicios Ambulatorios en VIH / SIDA, en Fortaleza-CE. Para interpretar los datos, se utilizó una técnica de análisis de contenido. Por medio de los discursos, verificó-se que los pacientes enfrentaban conflictos en la familia y, en el trabajo, relaciones difíciles con la gente y el estigma. Fue observado que los pacientes han experimentado muchas situaciones que les hizo más susceptibles a la infección por el VIH y la enfermedad.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Insuficiencia del Tratamiento; Vulnerabilidad.

AUTOR CORRESPONDENTE Petra Kelly Rabelo de Sousa E-mail: petrinha_kelly@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A AIDS ainda apresenta alto grau de mortalidade e perspectiva de um contínuo crescimento e propagação em todos os continentes, mesmo com o desenvolvimento de novas terapias⁽¹⁾.

Com o advento dos antirretrovirais, observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes, no qual um dos objetivos dessa terapia antiretroviral (TARV) é a diminuição da carga viral, para torná-la indetectável num período de seis meses.

Porém, apesar desse avanço alcançado pela TARV, uma das grandes dificuldades vivenciadas pelos pacientes é seguir o tratamento corretamente, o que pode acarretar no desenvolvimento de droga-resistência decorrente de mutações virais que fazem com que os antirretrovirais utilizados no tratamento de um determinado paciente passem a não responder mais de forma satisfatória⁽²⁾.

Os exames laboratoriais para identificação genotípica da resistência do HIV aos antiretrovirais – os chamados testes de genotipagem – têm sido amplamente utilizados. Estes testes revelam quais antiretrovirais o HIV está resistente, permitindo redirecionar o tratamento.

O novo esquema terapêutico, escolhido após a realização do teste de genotipagem, constitui-se de uma nova associação entre os antiretrovirais e uma nova medicação utilizada como terapia de resgate. A terapia de resgate é composta por um inibidor da enzima integrase, capaz de evitar que o vírus integre o seu DNA ao linfócito CD4+, ou por um inibidor de fusão, que impede o vírus de penetrar nos linfócitos, evitando, assim, a infecção.

Como um dos mais sérios problemas de saúde pública mundial e mais alta probabilidade de ser enfrentado pelos profissionais de saúde, pelos governos e pela comunidade científica, o acompanhamento da doença representa um desafio em diferentes aspectos, como as dificuldades de um tratamento efetivo que conduza à cura e as barreiras da adesão ao regime terapêutico⁽³⁾.

Além disso, no campo da AIDS, percebeu-se que a epidemia respondia a determinantes bem além da ação patogênica de um agente viral específico e, que a falha terapêutica está, muitas vezes, ligada mais a questões sociais do que individuais, sendo necessário entender as razões que levam pessoas e grupos a estarem em situação mais vulnerável⁽⁴⁾.

O comportamento individual é o determinante final da vulnerabilidade à infecção, o que justifica focalizar ações no indivíduo, embora isto não seja suficiente para o controle da epidemia. Deste modo, é importante considerar outros fatores que podem influenciar tal controle no âmbito individual⁽⁵⁾.

Diversas situações podem tornar o indivíduo mais vulnerável à falha de adesão a terapia medicamentosa, como a não aceitação da doença, a existência de problemas familiares, o medo de se expor no trabalho, a não confiança na eficácia da medicação e a presença de efeitos colaterais. Dessa maneira, o conceito de vulnerabilidade no contexto da AIDS foi ampliado, partindo-se do pressuposto de que o indivíduo está sujeito a vulnerabilidades individuais, sociais e institucionais ou programáticas⁽⁶⁾.

O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo⁽⁷⁾.

No plano individual, a vulnerabilidade está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV, ou seja, todo indivíduo é, em algum grau, vulnerável à infecção pelo HIV e suas consequências, e essa vulnerabilidade pode variar ao longo do tempo. Logo, os indivíduos infectados pelo HIV têm seu potencial de vulnerabilidade à morbidade, invalidez ou morte em função inversa ao amparo social e assistência à saúde de que dispuserem. As condições que afetam a vulnerabilidade individual são de ordem cognitiva, na qual podemos citar informação, consciência do problema e das formas de enfrentá-lo, e comportamental, ou seja, interesse e habilidade para transformar atitudes e ações a partir dos elementos cognitivos⁽⁶⁾.

No plano social, a vulnerabilidade está relacionada a aspectos sociopolíticos e culturais combinados, como o acesso a informações, o grau de escolaridade e a disponibilidade de recursos materiais. No plano institucional, a vulnerabilidade está associada à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da AIDS⁽⁶⁾.

O modelo de vulnerabilidade que interliga os aspectos individuais, sociais e programáticos reconhece a determinação social da doença e se coloca como um convite para renovar as práticas de saúde, como práticas sociais e históricas, envolvendo diferentes setores da sociedade. Assim, é mister superar estudos que restringem as análises à perspectiva da multifatorialidade e ocultam a complexidade das verdadeiras causas da doença⁽⁸⁾.

Dessa forma, objetivou-se analisar as vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS diagnosticados em falha terapêutica a partir do referencial teórico de Ayres⁽⁶⁾.

Acredita-se que o conhecimento produzido a partir desse estudo servirá para os pacientes soropositivos, para melhor aderirem ao tratamento, para os profissionais da saúde, para utilizarem como um instrumento de capacitação e atualização do conhecimento sobre a doença e para os serviços de saúde, para encontrarem estratégias de proporcionar uma melhor qualidade de vida para os pacientes em falha de adesão a terapêutica.

MÉTODO

Optou-se pela realização de uma pesquisa de campo de natureza qualitativa, considerando que esse tipo de estudo oferece uma ampla abordagem para a caracterização das pessoas cujo comportamento se deseja conhecer.

Esse tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, visa à compreensão e explicação da dinâmica social, trabalhando com um universo de crenças, valores, atitudes, motivos e aspirações⁽⁹⁾. Além disso, leva em consideração os sentimentos que estão implicados no discurso do sujeito.

O local escolhido para a realização do estudo foi uma Unidade de Serviço Ambulatorial Especializado em HIV/AIDS do município de Fortaleza-CE. O motivo da escolha deveu-se ao fato dessa unidade ser de referência aos pacientes portadores do HIV, composta por uma equipe multidisciplinar, que desenvolve aconselhamento em HIV/AIDS, consultas e atendimentos especializados, além do controle e dispensação de antirretrovirais.

Os critérios de inclusão eleitos para este estudo foram: paciente ter o diagnóstico de AIDS, ter idade superior a 18 anos, ser do sexo masculino ou feminino, estar com a capacidade cognitiva preservada e estar em falha terapêutica há pelo menos um mês. Assim, os sujeitos do estudo foram sete usuários com diagnóstico de AIDS considerados em falha terapêutica atendidos nessa unidade.

O estudo foi realizado no período de abril de 2009 a março de 2010 e, os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, que abrangeu dados de identificação, dados referentes ao tratamento e a seguinte pergunta norteadora que permitiu ao entrevistado discorrer sobre o assunto: como foi o seu percurso desde que você começou o tratamento para HIV até a falha terapêutica? A entrevista semiestruturada é guiada por uma relação de questões de interesse, as quais o investigador vai explorando ao longo de seu desenvolvimento⁽¹⁰⁾.

A coleta de dados foi realizada nos dias das consultas com os profissionais da equipe de acompanhamento multidisciplinar, de acordo com o agendamento do Serviço de Atendimento Médico e Estatística (SAME). Após a identificação dos sujeitos da pesquisa, com a ajuda de profissionais do serviço, a pesquisadora, assim como os objetivos do estudo, foram apresentados aos depoentes para a realização das entrevistas. Foi solicitada autorização para a gravação das entrevistas, sendo esclarecido que estas serviriam apenas para análise dos dados não sendo disponibilizadas para outros fins.

Para análise e interpretação dos dados, utilizou-se a análise de conteúdo que se constitui em conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Essa análise foi organizada em torno de pólos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados e a interpretação⁽¹¹⁾.

Com relação aos aspectos éticos e legais da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme preconizado pela Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, os sujeitos envolvidos neste estudo foram convidados a participar da entrevista, sendo assegurados o sigilo do sujeito da pesquisa e o direito de participar ou não do estudo. Dos participantes foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, com esclarecimento dos objetivos do estudo e garantia do seu anonimato.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao analisar o discurso dos sujeitos do estudo, emergiram questões relacionadas à família e ao trabalho, sendo elaboradas duas categorias a partir dessas temáticas. Com a categorização, identificaram-se as vulnerabilidades, de acordo com

literatura especializada⁽⁶⁾, presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica.

A categoria relacionada à família compreendeu as unidades de análise temática em que os sujeitos falaram sobre as suas relações afetivas, com familiares e companheiros(as), a estrutura organizacional da família, os papéis assumidos pelos membros da mesma, a importância desta na constituição de sua história de vida, além da percepção de apoio ou não por parte destes com relação à doença. Esta categoria, no todo, resultou em 806 unidades de registro.

A categoria relacionada ao trabalho compreendeu as unidades de análise temática em que os sujeitos versaram sobre as suas relações com o trabalho, desde quando iniciaram as suas atividades laborais, a importância que estas assumiam em suas vidas e as repercussões da soropositividade nesse ambiente de trabalho. Esta categoria, no todo, resultou em 310 unidades de registro.

A. Questões relacionadas à família

As questões relacionadas à família diziam respeito à vivência dos pacientes no contexto familiar, aos comportamentos no seio familiar, aos conflitos entre os familiares, ao uso de álcool e drogas e às relações de confiança entre os sujeitos e a família e/ou amigos.

Percebe-se por meio dos discursos que os depoentes vivenciavam conflitos com a família devido aos comportamentos adotados, ao esquecimento das medicações, ao uso de drogas e ao uso de álcool por familiares.

O meu pai me botou pra fora de casa, porque eu era muito trabalhoso. Eu vivia preso. Vivia sabe, numa vida doída... (Entrevistado 02)

A mulher brigava comigo porque eu esquecia de tomar os remédios. (Entrevistado 07)

Eu era um cara dependente de droga. Eu tinha problema com o meu pai por causa disso. Chegou a um ponto que ele disse pra minha mãe que, ou era ele ou eu dentro de casa. Aí, a minha mãe me botou pra mim viajar. Eu também não me dava com a minha mãe. Eu discutia com ela por conta de droga. Com o meu irmão mais novo, eu também não me dava. A gente só vivia brigando. (Entrevistado 02)

Eu saí de casa muito cedo, com 17 anos. O meu pai era alcoólatra e a minha mãe não tinha o pulso forte e eu saí de casa aos 17 anos. (Entrevistado 07)

Observa-se, assim, que o lar não representava um ambiente harmonioso, acolhedor e de conforto, mas um ambiente de conflitos, de brigas, de falta de diálogo e de compreensão, o que resultava em expulsão e exclusão do sujeito pela família.

No plano pessoal, a vulnerabilidade depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da sua capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu repertório cotidiano e, também, das possibilidades efetivas de transformar suas práticas⁽⁶⁾.

Dessa maneira, observam-se presentes no discurso dos sujeitos vulnerabilidades individuais que estão associadas a comportamentos e/ou atitudes que podem levar o indivíduo a maior suscetibilidade à infecção por HIV e ao adoecimento⁽⁶⁾, tais como o esquecimento do uso das medicações, a dependência de drogas e o abandono precoce do seio familiar.

Além disso, percebe-se outro tipo de vulnerabilidade que envolve questões afetivas, relacionadas à forma como os familiares lidam com a mudança de comportamento do indivíduo ou quando o seu comportamento não corresponde ao esperado pela família.

Outra idéia relevante dos depoentes foi a não aceitação do sujeito pela família, o que está exemplificada no discurso a seguir.

Quanto à minha opção sexual, a minha mãe chegava a dizer que preferia me ver morto a saber que eu tinha essa opção. (Entrevistado 01)

Identifica-se nessa fala que o sujeito está exposto a uma vulnerabilidade psíquica, através da não aceitação de sua orientação sexual pela mãe. Acredita-se que essa não aceitação pelo outro pode levar o sujeito a uma angústia e inquietação interna que poderá repercutir em outras questões de sua vida, inclusive em algumas escolhas que ele irá fazer em seu cotidiano.

Muitos discursos trouxeram o não estabelecimento de confiança entre os familiares e/ou amigos e, conseqüentemente, a não revelação do diagnóstico sorológico e o afastamento do indivíduo do seio familiar.

Eu não compartilho com a família por não confiar que eles guardariam este segredo. Eu não confio de jeito nenhum, nem mesmo nos meus amigos que são soropositivos, eu confio. Quer dizer, confio, mas com certa desconfiança. Eu não confio 100%, porque eu tenho medo de ter uma pessoa que seja da confiança dele e não da minha e ele acabar contando... (Entrevistado 05)

Isso porque a gente fica muito isolado, tem que esconder de família, tem que esconder de amigos, tinha a medicação, tinha acompanhamento. Vizinho, praticamente, eu não conheço os vizinhos. Amigos, eu não tenho. Os meus outros irmãos, que moram aqui, eu não tenho contato com eles até hoje. (Entrevistado 02)

Eu acho que o complicado de tudo foi a família. Se eu tivesse tido uma família mais presente, talvez, eu não tivesse chegado ao ponto em que eu estou... (Entrevistado 07)

A vulnerabilidade social pode ser entendida como espelho das condições de bem-estar social, envolvendo moradia, acesso a bens de consumo e graus de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade de interferir nas instâncias de tomada de decisão⁽⁶⁾.

A partir dessas falas, observam-se vulnerabilidades sociais relacionadas ao grau de liberdade de pensamento e expressão⁽⁶⁾ e à confiança na família e nos amigos, uma vez que os

depoentes relataram a não revelação de sua soropositividade e o isolamento social como resultantes da falta de confiança e de companheirismo por parte dos familiares e/ou amigos.

Acredita-se que a revelação do diagnóstico para a família e/ou cônjuge e para a sociedade constitui uma das maiores dificuldades dos pacientes, pois essa revelação além de representar um desafio pessoal de aceitação e de enfrentamento, representa um desafio social de quebra de preconceitos e de inclusão.

A AIDS, mais que uma doença com impacto na saúde física e psicológica, é acompanhada por estigmas socialmente construídos, os quais estão relacionados com as crenças sociais sobre a doença⁽¹²⁾.

Associado a isso, pressupõe-se que, com o diagnóstico de AIDS, o paciente deve aderir corretamente ao tratamento. Não acontecendo isso, o paciente pode se tornar alvo de diversas críticas e julgamentos por parte tanto de familiares e/ou amigos quanto de profissionais da saúde. Dessa maneira, pode-se inferir que a condição de falha terapêutica representa outro desafio de enfrentamento e de inclusão do sujeito.

B. Questões relacionadas ao trabalho

A partir das falas dos entrevistados, percebeu-se que alguns fatores subjetivos relacionados à atividade laboral estão implicados na adesão a terapia medicamentosa. As questões apontadas foram: medo de vivenciar preconceito no trabalho, incompatibilidade de horário de trabalho e efeitos colaterais da medicação. Assim eles dizem:

Eu ainda trabalho como operador de caixa num restaurante, mas tá difícil lá, não pelo trabalho, mas pelas pessoas. Elas vêem que você é diferente. Você ser gay, digamos, e isso, pra eles é um motivo de chacota, de inferioridade, de tudo. É muito difícil. Tanto que pra conseguir um pouco de respeito, tem que aumentar o tom de voz, baixar o nível da conversa. Eu nunca tinha sentido esse tipo de preconceito. Eu tô sentindo agora, nesse restaurante que eu tô. (Entrevistado 01)

No meu trabalho, as pessoas não sabiam. E isso atrapalhou pra eu tomar o remédio, porque você não tem espaço pra sair do trabalho e tomar a medicação. (Entrevistado 05)

Percebeu-se, através das falas, que a não revelação do diagnóstico interfere diretamente no tratamento, pois muitos dos entrevistados relataram a não revelação por medo de serem demitidos ou serem alvo de preconceito. Dessa forma, a não adesão ao tratamento nos horários de trabalho foi justificada, por alguns, como medo de que seus colegas descobrissem sua soropositividade.

A pessoa com HIV/AIDS opta por não revelar seu diagnóstico, temendo passar por constrangimentos e prejuízos no trabalho, além de uma provável demissão⁽¹²⁾.

A partir disso, foi identificada uma vulnerabilidade social, visto que está relacionada ao medo de se expor, de ser estigmatizado e de não ser aceito, ou seja, relacionada ao grau de liberdade de pensamento e expressão do indivíduo⁽⁶⁾.

Ao processo de estigmatização das pessoas vivendo com HIV somam-se atributos desvalorizáveis e desacreditáveis que

já as desqualificavam como portadores de direitos antes da infecção – como ser trabalhador do sexo, negro, homossexual ou desempregado⁽¹³⁾.

Dessa maneira, diante de uma sociedade tão normatizadora e estigmatizadora, o indivíduo com HIV/AIDS enfrenta não apenas o medo de revelar seu diagnóstico, mas também o preconceito e a discriminação associada à exclusão em seu ambiente de trabalho.

Outra questão relatada pelos participantes do estudo foi a incompatibilidade de horário do trabalho com o horário da medicação.

Aqui e acolá, eu ainda falho na medicação. Na injeção também, eu deixo de tomar, às vezes, dois dias, três dias. Já passei até uma semana sem tomar. É porque esse meu horário de trabalho, como motorista de ônibus, dificulta pra tomar os remédios, principalmente as injeções. Eu tava pegando às 05:50h da manhã, e só chegava em casa de noite. (Entrevistado 04)

Eu esquecia de tomar o remédio, porque eu trabalhava muito. Aí, naquele corre-corre, tinha horas que eu esquecia, mas aí eu tomava atrasado, duas, três horas. Isso aconteceu vários dias, porque eu tava só preocupado em ganhar dinheiro. (Entrevistado 02)

Pode-se observar que a inflexibilidade dos horários de trabalho dificultou a adesão ao tratamento, uma vez que os sujeitos não tomavam as medicações ou tomavam nos horários incorretos.

Em outro estudo também foi apontada a dificuldade de encaixar os horários dos medicamentos na rotina do paciente e a falta de diálogo com o médico para adequar estes horários como fatores de não adesão ou mesmo de interrupção do tratamento⁽²⁾.

Além disso, a presença de efeitos colaterais surgiu como uma dificuldade em continuar a rotina normal de trabalho.

Atrapalha no meu trabalho. Eu trabalho como cabeleireiro. Só que eu não tenho mais aquela disposição que eu tinha antigamente, porque esse problema, ele afeta muito as pernas e os braços também. Eu sinto como dor e cansaço físico. (Entrevistado 05)

Com os efeitos colaterais dos antiretrovirais, eles sentem mais cansaço e indisposição, além dos distúrbios gastrointestinais, o que interfere no tratamento de forma significativa para aqueles que dependem de seu trabalho para sobreviver.

Corroborando com este achado, um estudo mostrou que um dos motivos da interrupção do tratamento relatada pela maioria dos pacientes estava relacionado aos efeitos colaterais aos medicamentos orais, principalmente os distúrbios gastrointestinais⁽²⁾.

Percebeu-se, por meio dos depoimentos dos sujeitos, que ser reconhecido como diferente, ou como soropositivo em seu ambiente de trabalho e o tipo de esquema terapêutico prescrito que implica no reconhecimento da doença foram citados como situações que dificultaram a boa adesão ao tratamento

e, conseqüentemente, aumentaram a vulnerabilidade para a falha de adesão a terapêutica.

Outro estudo também apontou o medo do preconceito no local de trabalho como um fator importante de não adesão ao tratamento de forma correta. Parece existir uma associação direta entre o fator trabalho e a não adesão ao medicamento antiretroviral, gerando um impacto negativo na participação do cliente em seu tratamento⁽¹⁴⁾.

Verifica-se assim que o medo do preconceito e da discriminação ultrapassa a fronteira da família, tornando-se presente no ambiente de trabalho, associado ao sentimento de viva inquietação ante a noção do perigo real ou imaginário da ameaça, do temor de perder o emprego, visto que este significa possibilidade de independência econômica, de sua contribuição na renda familiar e satisfação das necessidades básicas da família⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

CONCLUSÕES

Observou-se, portanto, que o percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS considerados em falha terapêutica foi permeado por diversas situações que os tornaram mais suscetíveis à infecção por HIV e ao adoecimento.

Nos discursos analisados, foram consideradas questões relacionadas à família e ao trabalho que influenciaram significativamente na adesão dos pacientes ao tratamento.

Dentre as questões familiares surgiram a vivência dos pacientes no contexto familiar, os comportamentos no seio familiar, os conflitos entre os familiares, o uso de álcool e drogas e as relações de confiança entre os sujeitos e a família e/ou amigos.

Já as questões relacionadas ao trabalho foram a dificuldade de relacionamento com as pessoas, a não revelação do diagnóstico sorológico e o estigma sofrido no ambiente de trabalho. Além disso, a incompatibilidade de horário de trabalho e a presença de efeitos colaterais surgiram como fatores que influenciaram na adesão ao tratamento.

Identificou-se, portanto, que os sujeitos estão expostos tanto a vulnerabilidades individuais dos tipos comportamental, afetiva e psíquica quanto a vulnerabilidades sociais relacionadas ao grau de liberdade de pensamento e expressão e à confiança na família e nos amigos.

A partir disso, observou-se a relevância do conhecimento pelos profissionais de saúde dos tipos de vulnerabilidades as quais os pacientes com HIV/AIDS estão expostos.

Sugere-se que com esse conhecimento os profissionais possam melhor compreender os fatores que levaram esses sujeitos a não adesão ao tratamento e, dessa maneira, atuar de forma mais eficaz para a redução das falhas terapêuticas e melhora da qualidade de vida desses pacientes.

Aliado a isso, é importante que os profissionais busquem estratégias para a redução das vulnerabilidades, como promover uma consulta em que o sujeito possa se dizer e relatar suas questões. Consultas essas em que o sujeito se torne o foco e não apenas a sua condição de falha, para que, assim, o profissional consiga estabelecer um relacionamento terapêutico e realizar um processo de escuta ativa que permitam uma intervenção com a finalidade de diminuição dessas vulnerabilidades.

REFERÊNCIAS

1. Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM, Guimarães MDC. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad Saúde Pública* 2004;20(5):1388-97.
2. Torres DVM, Miranda KCL. Enfuvirtida para o tratamento do paciente com aids: o divisor de águas. *Cienc Saúde Coletiva* 2010;15Suppl.1:1133-42.
3. Carvalho CML, Braga VAB, Silva MJ, Galvão MTG. Assistência à saúde da mulher portadora de HIV/AIDS no Brasil: refletindo sobre as políticas públicas. *Rev RENE* 2008;9(3):125-134.
4. Sousa PKR, Miranda KCL, Franco AC. Vulnerabilidade: análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm* 2011;64(2):381-4.
5. Mann J, Tarantola DJM, Netter T. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: Parker RA. *AIDS no mundo*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1993. p. 276-300.
6. Ayres JRCM, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p.117-39.
7. Ayres JRCM, França Junior I, Calazans G, Salletti H. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa R, Parker R, organizadores. *Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder*. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999. p. 50-71.
8. Sánchez AIM, Bertolozzi MR. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Cienc Saude Colet* 2007;12(2):319-24.
9. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec; 2010.
10. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas; 2008.
11. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2009.
12. Ferreira RCM, Figueiredo MAC. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. *Medicina (Ribeirão Preto)* 2006;39(4): 591-600.
13. Garrido PB, Paiva V, Nascimento VLV, Sousa JB, Santos NJS. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev Saúde Pública* 2007;41Suppl. 2: 72-9.
14. Silva ALCN, Waidman MAP, Marcon SS. Adesão e não-adesão à terapia anti-retroviral: as duas faces de uma mesma vivência. *Rev Bras Enferm* 2009; 62(2):213-20.
15. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. *Rev Bras Enferm* 2007; 60(2):145-9.