



Universidade de Brasília - UnB  
Instituto de Ciências Humanas - IH  
Departamento de Serviço Social - SER

**“Dificuldades de adesão ao tratamento antiretroviral: perfil dos usuários e possibilidades de busca dos casos de abandono”**

**Fabiana Borges dos Santos – mat.: 02/47782**

Brasília, DF

2007

Universidade de Brasília - UNB  
Instituto de Ciências Humanas – IH  
Departamento de Serviço Social – SER

**“Dificuldades de adesão ao tratamento antiretroviral: perfil dos usuários e possibilidades de busca dos casos de abandono”**

**Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado como requisito para  
a aquisição do grau de Assistente  
Social no Curso de Serviço Social  
Universidade de Brasília – UnB**

Professor: Mario Ângelo Silva – Orientador  
Wania Maria do Espírito Santo Carvalho – Co-orientadora

Brasília, DF  
2007

## **Agradecimentos**

Agradeço ao orientador deste trabalho, Prof<sup>o</sup> Mário Ângelo Silva, pela dedicação, importantes correções e pela vasta experiência que possui trabalhando com a temática há anos.

À co-orientadora deste trabalho, assistente social Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, pelo apoio, paciência, tempo dedicado e valiosas orientações. Com você pude adquirir muita experiência durante os dois anos de convivência e agradeço, também, pela amizade e exemplo de profissionalismo.

Ao Projeto Com-Vivência/HUB, por desenvolver um trabalho de referência em atendimento a pessoas soropositivas e seus familiares e por possibilitar meu crescimento profissional e pessoal.

Aos meus pais: Paulo e Ana Ieda, que sempre me incentivaram a realizar os meus objetivos com determinação, sempre demonstrando amor, carinho e me fornecendo base e princípios sólidos para a construção do meu ser.

Às minhas irmãs: Juliana e Marcela, pelo companheirismo, amizade e por me proporcionarem momentos que me fazem sentir segura e feliz.

Às minhas amigas, todas, tão queridas e importantes. Mostraram-se de muito valor, principalmente nesse momento da minha trajetória. Obrigada pelo apoio, risadas e distrações.

Ao Rodrigo, por me acompanhar em boa parte dessa trajetória, incentivando e acreditando no meu sucesso de uma forma especial. Muito obrigada pelo carinho, atenção e apoio.

Por fim, agradeço a todos que de alguma maneira muito sincera me incentivaram a concretizar mais uma etapa importante da minha vida.

## Resumo

A Reforma Sanitária trouxe uma nova reflexão sobre o conceito de saúde e como ela é reproduzida na nossa sociedade. A 8ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1986, lançou os pressupostos colocados pela Reforma Sanitária, em que a saúde significa o bem-estar biopsicossocial. A Carta Magna de 1988 coloca a saúde num patamar de direito universal provido pelo Estado e o Sistema Único de Saúde – SUS concretiza as idéias trazidas pela Reforma Sanitária.

O novo conceito ampliado de saúde justifica a inserção de várias áreas do conhecimento, incluindo o serviço social, no campo profissional da saúde.

A prática da (o) profissional de serviço social na área da saúde, até meados dos anos 60, era marcada por ações curativas e hospitalares. A visão sobre a situação de saúde era focada no indivíduo e não no contexto no qual estava inserido e se reproduzia socialmente.

Atualmente, o Serviço Social é compreendido como uma profissão que atua diretamente na questão social, expressão esta que representa o conjunto das adversidades produzidas e reproduzidas pela sociedade capitalista. Baseado no conceito amplo de saúde, a Integralidade, um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde - SUS, é considerada, neste trabalho, como um dos eixos que definem o trabalho do serviço social na área da saúde. Desse modo, é possível enxergar os usuários da saúde para além de suas queixas, como um todo complexo cujo processo saúde e doença incorpora dimensões biológicas, psicológicas e sociais e, assim, trabalhar com a intersetorialidade e a multiprofissionalidade.

O serviço social também tem um papel muito importante na promoção à saúde e na educação em saúde, visando a prevenção de diferentes agravos.

Quando falamos em acompanhamento do serviço de saúde para portadores de HIV/Aids, várias questões que extrapolam a assistência médica devem ser consideradas relevantes.

Os primeiros casos de Aids no Brasil foram identificados na década de 80 e foi tida como uma epidemia permeada por preconceitos e estigmas sociais. O Programa Nacional de DST/Aids foi criado em 1986 e foi possível organizar uma maneira de lidar com a doença que surgia e adquirir medicamentos para o seu tratamento. Atualmente, a programa brasileiro é referência internacional, pois segue os princípios do SUS, aliando assistência à prevenção e a universalidade de acesso aos medicamentos e serviços.

Os medicamentos antiretrovirais são utilizados para tratar a Aids desde meados dos anos 80. A partir de 96, uma nova classe de medicamentos surgiu e permitiu que o número de óbitos por Aids diminuísse e a doença adquirisse perfil de doença crônica. Além da nova classe de medicamentos, nesse mesmo ano os antiretrovirais passaram a ser distribuídos gratuitamente no Brasil.

Porém, a adesão ao tratamento e acompanhamento no serviço de saúde constituem-se em desafios constantes e alimentados por vários fatores. A adesão aos antiretrovirais exige disciplina na tomada dos medicamentos para poder apresentar resultados satisfatórios.

Consideramos, neste trabalho, adesão correspondendo tanto a uma adesão médica quanto a uma mudança comportamental de hábitos de vida. Para que isso ocorra, é necessário que o indivíduo compreenda e aceite sua situação de saúde juntamente com as suas possibilidades de tratamento e uma possível melhoria da qualidade de vida. Vários fatores influenciam na adesão ao tratamento: fatores ligados ao sujeito, fatores relacionados com a doença, fatores ligados ao tratamento, fatores interpessoais, contexto organizacional e social.

Dessa forma, este trabalho visa à identificação dos casos de abandono, os fatores que levaram à não-adesão e construção de uma proposta de busca destes casos. A busca dos casos é entendida como uma estratégia para a criação de vínculo do usuário com o serviço de saúde, o conhecimento de sua situação atual de vida e elaboração de estratégias de intervenção com o objetivo de promoção da saúde e a integralidade da atenção.

Essa atividade de busca de casos de abandono do tratamento deve estar atenta e considerar aspectos importantes ao se tratar do HIV/Aids, além do direito ao sigilo do diagnóstico e respeito à pessoa e sua condição de saúde.

Para discutirmos a estratégia de busca e as questões éticas e implicações envolvidas, procedemos a um trabalho de pesquisa que incorporou três fases inter-relacionadas: a) identificação dos casos de abandono de tratamento/acompanhamento; b) discussão do conceito de busca ativa na saúde pública e sua relação com o HIV; c) proposta metodológica de busca de casos: contatos, visitas domiciliares e proposta de intervenção.

No que diz respeito à identificação dos casos de abandono este processo pode ser realizado sem maiores dificuldades por meio da listagem dos serviços de dispensação – farmácias públicas responsáveis por dispensar os medicamentos antiretrovirais. Estes serviços dispõem de controle informatizado e a listagem mensal dos usuários que não retiraram os ARVs é de fácil

obtenção. Porém, foi possível identificar também que não existe controle rigoroso de transferências dos usuários para outros estados, cidades ou mesmo serviços e controle de óbitos. Grande parte dos usuários identificados como não aderentes encontra-se em tratamento em outras unidades ou foram a óbito nos últimos meses.

Nesse trabalho definimos uma amostra composta de usuários que não retiram seus medicamentos há 365 dias. Esta amostra foi definida por conveniência. Através dessa listagem iniciamos uma análise documental dos prontuários médicos dos usuários identificados.

Através da análise documental foi possível coletar informações sobre o histórico de vida, hábitos e histórico da adesão. Dividimos em: questões ligadas ao indivíduo, que consiste em uso abusivo de álcool e outras drogas e ao contexto familiar; questões ligadas às condições de vida: desemprego, situação de pobreza e falta de renda; e questões ligadas às instituições de saúde, TARV, vulnerabilidade institucional e efeitos colaterais.

Após essa etapa, iniciamos o contato com os usuários identificados. Através dessa atividade, foi possível contato telefônico com duas pessoas e posterior atendimento com uma delas. Os outros usuários que não conseguimos contato se dividem em números de telefone indisponíveis, não atenderam ao telefone, mudança de moradia, um caso de óbito e um caso de morador de rua sem contato.

Através das atividades realizadas podemos perceber que diversos fatores influenciam na adesão a TARV. Questões do indivíduo, apoio social, apoio familiar, relação com o profissional de saúde e qualidade do serviço de saúde como um todo, estigma social, efeitos colaterais, abuso de substâncias psicoativas, pobreza, entre outros.

É necessário que o serviço de saúde esteja preparado para receber essas questões e trabalhar com elas, buscando alternativas e criando um vínculo com os usuários.

A existência de serviços que atendam as demandas que determinam a não-adesão como: uso abusivo de drogas, conflitos familiares, ações de assistência, entre outros, se mostra primordial para subsidiar o trabalho de busca dos casos.

**Palavras-chave:** Integralidade, HIV/Aids, tratamento antiretroviral, adesão, busca dos casos.

## Sumário

	<i>Páginas</i>
Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
Apresentação.....	8
Introdução.....	9
1. SUS e Serviço Social – profissão de saúde.....	12
2. A cronificação do HIV – desafio de adesão ao tratamento.....	18
2.1. Sobre o HIV/Aids e um breve histórico da epidemia no Brasil.....	18
2.2. Importância da adesão a TARV e dificuldades observadas..	22
3. Busca dos usuários com dificuldades de adesão: uma estratégia de vínculo.....	25
4. Procedimentos de pesquisa e análise dos dados.....	30
4.1. Questões ligadas ao indivíduo.....	34
4.2. Questões ligadas às condições de vida.....	37
4.3. Questões ligadas às instituições de saúde e a TARV.....	39
4.4. As contribuições do Grupo Focal.....	41
4.5. Iniciando a busca dos casos.....	44
5. Considerações finais.....	48
6. Referências.....	50
7. Anexos.....	52

## **Apresentação**

O presente trabalho monográfico cumpre exigências do Departamento de Serviço Social/SER/IH da Universidade de Brasília - UnB, para obtenção do diploma de Assistente Social. Trata-se de um eixo da pesquisa realizada no Projeto Com-Vivência/Hospital Universitário de Brasília/HUB, definido a partir de minha experiência de estágio curricular durante o período de um ano no mesmo local.

A pesquisa faz parte de um projeto mais amplo, desenvolvido pela equipe técnica do referido serviço especializado de atendimento a pessoas que vivem com HIV e Aids, sobre adesão ao tratamento antiretroviral e a viabilidade de busca de casos de abandono do tratamento .

Esperamos, assim, contribuir para a produção de novos conhecimentos e estratégias de intervenção, e para a discussão sobre a importância do profissional do Serviço Social no campo da saúde.



## **Introdução**

O tema abordado neste trabalho é a adesão ao tratamento para HIV/Aids.

Foi a minha experiência durante um ano de estágio curricular e um ano de pesquisa realizados no Projeto Com-Vivência, que deram origem a este Trabalho de Conclusão de Curso - TCC.

O *Projeto Com-Vivência – Ações Integradas de Estudos e Atendimento a Pessoas Portadoras de HIV/Aids e Familiares*, é um projeto de extensão universitária vinculado ao Decanato de Extensão da UnB em funcionamento desde abril de 1996 no Hospital Universitário de Brasília - HUB. O Projeto Com-Vivência é uma iniciativa de professores do Departamento de Serviço Social e do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Sua principal missão é articular procedimentos de prestação de serviços de saúde à população na área do HIV/Aids, pesquisa e ensino. O trabalho da psicologia e do serviço social está vinculado ao funcionamento ambulatorial e hospitalar do HUB e integra o conjunto de procedimentos e de serviços médicos e de saúde prestados pelo hospital a esta clientela, constituindo a atenção integral e interdisciplinar em HIV/Aids. Por atendimento psicossocial compreendemos modalidades de atendimentos, individuais ou em grupo, de caráter educativo, terapêutico e assistencial. Passados onze anos desde a sua criação, o Projeto Com-Vivência tem sido uma referência importante nas áreas de assistência, prevenção e capacitação de recursos humanos na área de HIV/Aids no Distrito Federal.

Várias linhas de estudo podem ser desenvolvidas nessa área, porém, neste trabalho, iremos discorrer sobre a adesão ao tratamento antiretroviral, suas principais dificuldades e fatores que levam a falhas no tratamento e ao abandono do mesmo, abordando os diferentes aspectos da questão e as possibilidades de intervenção nessas situações pelos serviços de saúde, no papel do profissional de serviço social.

O interesse por este tema veio da experiência adquirida, como bolsista, na realização de pesquisa que está em andamento no Projeto Com-Vivência: *Adesão à terapia antiretroviral em pessoas vivendo com HIV/Aids: desenvolvimento de metodologia de intervenção*, que tem apoio da UNESCO e do Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde-PN DST AIDS-MS.

O público-alvo dessa pesquisa são pessoas vivendo com HIV/Aids em acompanhamento médico e psicossocial no Hospital Universitário de Brasília – HUB e em uso da terapia

antiretroviral – TARV , que apresentam problemas de adesão. O HUB possui cerca de 340 pacientes HIV+ adultos em acompanhamento, 289 deles cadastrados no serviço farmacêutico de dispensação de antiretrovirais (dados de julho de 2005). Esse número representa aproximadamente 10% do total de casos notificados de pessoas adultas, em registro ativo, no DF (SES DF, 2005). O perfil da clientela atendida é semelhante ao que tem caracterizado as tendências epidemiológicas da Aids no Brasil: predomínio discreto de pessoas do sexo masculino (60%); cerca de 74% delas com escolaridade equivalente a ensino fundamental incompleto; idades variando de 18 a 73 anos (média em torno de 40 anos).

A pesquisa tem como objetivo o desenvolvimento de metodologia de intervenção individual e em grupo para pessoas com adesão insatisfatória à terapia antiretroviral ou que tenham abandonado o tratamento. Os outros objetivos que se pretendem alcançar se dividem em: **1-** Atualização do banco de dados<sup>1</sup>, resultado de levantamento de informações sociodemográficas, psicossociais e médico-clínicas dos pacientes vinculados ao HUB, com destaque para dados sobre indicadores imunológicos e virológicos em séries históricas, frequência de comparecimento às consultas médicas e psicossociais, periodicidade de busca dos medicamentos antiretrovirais na farmácia, bem como informações específicas sobre adesão a TARV; **2 -** Definição e aplicação de protocolo de coleta de dados (roteiro de entrevista semi-estruturado e escalas padronizadas) para identificação de pacientes aderentes e não aderentes e variáveis associadas, considerando pelo menos 80% do total de pessoas vinculadas ao serviço, em julho de 2005; **3 -** Acompanhamento de indicadores e levantamento para identificar usuários que não comparecem ao serviço há mais de 90 dias (informação sobre retirada dos ARVs na farmácia e comparecimento às consultas), incluindo estratégias de re-acolhimento e propostas de uma possível busca dos casos; **4 -** Implementação da intervenção psicossocial individual, de base cognitivo-comportamental, para pacientes que estão iniciando a terapia antiretroviral, visando prevenir problemas de adesão ao longo do tratamento; **5 -** Implementação de intervenção psicossocial individual, de base cognitivo-comportamental, para pacientes com dificuldades de adesão ou que abandonaram o tratamento por conta própria; **6 -** Implementação de intervenção psicossocial em grupo, de base cognitivo-comportamental, para pacientes com problemas de

---

<sup>1</sup> O HUB/Projeto Com-Vivência possui banco de dados da clientela cadastrada, com informações sociodemográficas, sobre o início do acompanhamento no serviço, frequência às consultas, CD4 e Carga Viral. Esse banco será atualizado com dados que serão coletados no presente projeto, a partir de entrevista semi-estruturada e instrumentos padronizados, com ênfase no comportamento de adesão e aspectos relacionados.

adesão ou que abandonaram o tratamento por conta própria; **7** - Construção do material didático-pedagógico para capacitação em adesão de equipes de serviços especializados (SAE), na pedagogia da problematização conforme diretriz PEP/MS; **8** - Realização da capacitação e validação do material didático-pedagógico com equipes multiprofissionais que atuam em HIV/Aids, da Secretaria de Saúde do DF.

O presente estudo foca os objetivos de números **1** e **3**, colocados acima, e vai além, pois pretende traçar um perfil, através da coleta de dados dos prontuários do hospital e da ficha de acolhimento do Projeto Com-Vivência, dos sujeitos que apresentam falhas na adesão ao tratamento antiretroviral – TARV.

Consiste em pesquisa exploratória, ou seja, busca descobrir e explorar fatores que levam a não-adesão, incluindo revisão de literatura sobre o tema, análise documental e de conteúdo, contato com os usuários, análise de dados obtidos em atividade de grupo focal e possíveis intervenções.

Neste sentido, este trabalho faz em seu primeiro capítulo um breve histórico da saúde no Brasil, mais especificamente do processo da Reforma Sanitária e da política de saúde consolidada no Sistema Único de Saúde – SUS, buscando discutir a participação do Serviço Social nesse processo de consolidação de um sistema democrático de saúde e o papel da (o) profissional da área nos dias atuais.

O segundo capítulo aborda a questão da epidemia do HIV, desafios e conquistas, a terapia antiretroviral – TARV e a adesão ao tratamento em suas diferentes dimensões.

O terceiro capítulo discute a possibilidade de busca dos usuários que abandonam o tratamento e o acompanhamento ambulatorial e porque isso se justificaria no caso da TARV.

O quarto capítulo apresenta a metodologia do trabalho, dados coletados e análises realizadas.

Nas considerações finais discutimos os objetivos alcançados e propomos algumas estratégias de intervenção.

## **Capítulo 1. SUS e Serviço Social – uma profissão de saúde.**

No período anterior ao movimento da Reforma Sanitária a saúde no Brasil se caracterizava, tanto na prática quanto na sua gestão, por ações verticalizadas, pela centralização no governo federal, sem considerar os estados e municípios; pela importância que se dava ao setor privado e pela setorialização, referindo-se à diferença entre saúde pública e assistência médica previdenciária.

As políticas de saúde no Brasil sempre estiveram ligadas às relações de trabalho formal, especificamente à previdência. Primeiro com as Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAPS, depois com os Institutos de Aposentadoria e Pensão- IAPS organizados por categorias profissionais. Na década de 60 o sistema previdenciário se amplia, incluindo o trabalhador rural e os trabalhadores autônomos, desde que pudessem contribuir financeiramente. Dessa forma, a população pobre não tinha acesso ao atendimento à saúde incluindo a prevenção e assistência, ficando restrito à vacinação e atenção primária. (Guirao, 2001).

O final dos anos 60 e início dos anos 70, período de grande repressão política no Brasil, começaram a surgir idéias sobre a medicina social, visando garantir a melhoria na qualidade de vida da população.

Nesse momento, a Reforma Sanitária começou a se organizar, e tinha como ponto focal a abordagem médico-social nos meios acadêmicos, visando à produção de conhecimento nessa área, como os programas de medicina comunitária.

A discussão acerca da questão da medicina comunitária teve seu ponto alto na Conferência de Alma Ata, em 1978 no Cazaquistão, quando se afirmou a saúde como direito fundamental do homem e responsabilidade política dos governos. Após esse momento, pesquisas na área da saúde coletiva foram sendo desenvolvidas, faculdades de saúde pública foram fundadas e se revelaram de grande importância na luta por uma saúde pública e que atendesse a todos.

No Brasil, os anos 80 foram caracterizados pela inserção de diferentes sujeitos na discussão sobre a saúde como: profissionais da saúde, principalmente médicos e médicos-residentes, o movimento sanitário, os partidos políticos de oposição, os movimentos sociais urbanos e o movimento sindical, engajados com a luta por um sistema político democrático e,

conseqüentemente, pela luta por um sistema de saúde universal e a ampliação do conceito e das práticas de saúde.

Foi na 8ª Conferência Nacional de Saúde, no ano de 1986 em Brasília, que se lançaram os princípios da Reforma Sanitária. A Reforma Sanitária não propunha somente a uma mudança financeira e administrativa da saúde, mas sim uma mudança da concepção do que é saúde e como devem ser as suas instituições. A Constituição de 1988 reafirmou os pressupostos de saúde colocados no movimento da Reforma Sanitária, bem como os conceitos e deliberações da 8ª e 9ª Conferência Nacional de Saúde.

Neste sentido, a saúde passou a ser compreendida amplamente, garantida legalmente como direito do cidadão e sua promoção e manutenção como dever do Estado.<sup>2</sup>

O conceito ampliado de saúde contraria a idéia de saúde como sendo apenas a ausência de doença e traz que, para uma pessoa ter *saúde*, é necessário que ela tenha o bem-estar físico, mental, emocional, financeiro, direito à moradia, educação, lazer, entre outros aspectos que garantem o desenvolvimento integral do sujeito.

É importante destacar que o conceito ampliado de saúde pressupõe e justifica a inserção de várias áreas do conhecimento, incluindo o serviço social, no campo profissional da saúde. Esse conceito abre as portas para que as políticas sociais possam trabalhar juntas, integradas não só na sua gestão, mas também na elaboração e execução de suas ações.

O SUS traz a concretização, na Lei 8080, dos pressupostos colocados acima e seus princípios doutrinários são: universalização do atendimento, ou seja, toda a rede pública de saúde atende a população, em caráter universal, sem restrições; equidade no atendimento, que quer dizer que além de universal, todos têm direito aos mesmos serviços de saúde em todo o território nacional, devendo ser observadas as situações de maior risco; integralidade das ações, todos devem ter acesso à saúde em uma perspectiva integral, ou seja, uma atenção composta por ações sobre o indivíduo e sobre a coletividade, sendo oferecidos serviços preventivos e curativos.

Seus princípios organizacionais são: a) Descentralização - a execução dos serviços é comandada e realizada pelos Municípios e pelos Estados, além da União; b) Unicidade - embora descentralizado, o sistema tem um comando único em cada esfera de governo, o que possibilita o controle evitando a duplicação de esforços; c) Participação Social - a sociedade participa da

---

<sup>2</sup> O artigo 196 da Constituição Federal determina: “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação”.

gestão do sistema por meio dos Conselhos de Saúde, que têm funções no campo do planejamento e da fiscalização das ações de saúde.

O serviço social como categoria profissional, juntamente com a saúde coletiva, se inseria nesse período de mudanças da década de 80 também promovendo mudanças internas. A categoria profissional e a classe estudantil se organizaram para reformular e romper com práticas profissionais marcadas pelo assistencialismo e não-condizentes com os princípios democráticos que estavam sendo defendidos pelo movimento de Reforma Sanitária. A antiga ABESS – Associação Brasileira de Ensino em Serviço Social e o antigo CFASS – Conselho Federal de Assistentes Sociais promoveram encontros da categoria em que um dos pontos mais abordados era a redefinição do Código de Ética da profissão voltado para a defesa dos direitos da classe trabalhadora. Porém, apesar dos vários eventos realizados visando discutir a prática profissional nada de concreto foi atingido, ficando a discussão voltada mais para o âmbito acadêmico. (Bravo, 1996).

O serviço social da saúde também acompanhou esse período, procurando desenvolver suas diretrizes e princípios de atuação. Alguns estados como a Bahia, Paraná, São Paulo e Rio de Janeiro foram pioneiros em desenvolver ações em saúde contando com a participação popular e com uma visão crítica da conjuntura. (Bravo, 1996).

O Código de Ética do Serviço Social, em seus Princípios Fundamentais da profissão, afirma: “Reconhecimento da liberdade como valor ético central e das demandas políticas a ela inerentes – autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais”; E também: “Posicionamento em favor da equidade e justiça social, que assegure universalidade de acesso aos bens e serviços relativos aos programas e políticas sociais, bem como sua gestão democrática.”

A luta pela consolidação dos SUS e o Código de Ética do serviço social tem pontos em comum: expansão dos direitos de cidadania, universalidade, justiça social e a importância do Estado como garantidor do que é a Constituição Federal no que diz respeito à assistência à saúde.

Vale ressaltar que, segundo a orientação da Associação Americana de Hospitais e da Associação Americana de Assistentes Médico-Sociais, a prática da (o) assistente social na saúde no período anterior a 1964 era marcada por ações curativas e hospitalares. Lidavam com os casos individuais e não com o contexto no qual a pessoa estava inserida. (Bravo e Matos, 2006).

Atualmente e a partir de construções e lutas dentro da categoria profissional, o Serviço Social é compreendido como uma profissão que atua diretamente na questão social. A expressão “questão social” é usada para designar as grandes transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas na Europa em decorrência da revolução industrial. E se configura, segundo Castel (apud Stein, p. 134), a partir da “tomada de consciência” das condições de existência das populações que são, ao mesmo tempo, os agentes e as vítimas da revolução industrial. Ela é, assim, o conjunto das adversidades produzidas pela sociedade capitalista. A questão é notoriamente reconhecida como foco central da atuação profissional de serviço social por diversos autores e estudiosos da categoria (Iamamoto, 2000; Pereira, 2000; Serra, 2000).

Baseado no conceito amplo de saúde, o serviço social trabalha com as demandas que levam os usuários a procurar as instituições de saúde. São demandas relacionadas ao contexto de vida das pessoas, as expressões da questão social: questões trabalhistas, benefícios do governo e acesso a direitos que lhe são devidos.

Portanto, a organização do trabalho da (o) assistente social: “... abarca os fatores de ordem política, econômica e social que condicionam o direito a ter acesso aos bens e serviços necessários para se garantir a saúde, bem como exige uma consciência sanitária que se traduz em ações operativas na concretização do direito.” (Miotto e Nogueira, 2006: p.282).

É importante destacar o princípio de integralidade do SUS, pois é nele que iremos apoiar o trabalho da (o) assistente social na área da saúde.

Um dos mais conhecidos sentidos atribuídos ao atendimento integral se refere ao reconhecimento do todo indivisível que cada pessoa representa, trazendo como consequência a não-fragmentação da atenção, reconhecendo os fatores socioeconômicos e culturais como determinantes da saúde e, principalmente, sugerindo um modelo integral de atenção que não tem como suposto a cura da doença, mas alarga os horizontes do mundo da vida espiritual e material. (Nogueira e Miotto, 2006, p. 224).

A integralidade exige nos comunicarmos com os usuários dos serviços de saúde enxergando-os como um todo complexo. Mas, além disso, exige também trabalharmos com a multiprofissionalidade e a intersetorialidade, fazendo com que o “enxergar o usuário como um todo complexo” tenha uma resposta concreta através da qualidade dos serviços oferecidos.

Hoje, a atuação do serviço social na saúde se dá de maneira intensa e crítica, com uma produção científica vasta e presença em áreas diversas, especialmente na área de doenças

crônicas que geralmente exigem um tratamento/acompanhamento complexo e entre elas a questão epidemia do HIV/Aids.

O serviço social também tem um papel muito importante na articulação de ações de promoção à saúde e nos trabalhos de educação em saúde, visando a prevenção de diferentes agravos.

A promoção à saúde é definida pela Carta de Ottawa (1986) como: “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.”

Assim, apresenta como foco de ação a existência da saúde, enquanto que as ações de prevenção enfocam uma determinada situação de não-saúde e procuram agir para evitar que essas situações aconteçam.

A promoção tem como referência as dimensões de modo, estilo e condições de vida, visando garantir direitos sociais. Entendendo modo de vida como sendo o grau de desenvolvimento e como se organiza uma sociedade, este é influenciado pelas condições de vida existentes em uma determinada população, enquanto que o estilo de vida diz respeito a uma esfera mais individual de hábitos, normas, valores, nível educacional e formas de participação na sociedade. (Carvalho, 2004)

Promover a saúde é enxergar e considerar a dimensão social e outras dimensões que não sejam somente de ordem biológica, como primordiais na determinação da condição de saúde.

Dessa forma, o SUS tem como pressuposto trabalhar a promoção, prevenção, a assistência e a reabilitação.

Porém, a luta pela consolidação do SUS apresenta ainda muitos desafios e entre eles o modelo político e econômico adotado pelo Estado e que vivenciamos desde a década de 90, que é orientado pelo pensamento neoliberal, que privilegia a saúde privada em detrimento da saúde pública, o que contribui para o aumento cada vez maior de planos de saúde privados e para a mudança da lógica da saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Neste sentido, os princípios e diretrizes do SUS enfrentam obstáculos para se materializarem e o sistema de saúde é transformado em um sistema excludente, pois a partir do momento em que recebe menos financiamento, sua qualidade diminui e os usuários que têm poder financeiro se deslocam para o sistema privado (convênios com planos de saúde), e o



sistema público se torna um sistema de baixa qualidade e voltado para a população de baixa renda, ou seja, o princípio de universalidade é prejudicado. (Guirao, 2001).

Quando falamos em acompanhamento do serviço de saúde para portadores de HIV/Aids, várias questões que extrapolam a assistência médica devem ser consideradas relevantes. Iremos tratar dessa temática no capítulo que se segue.

## **Capítulo 2. A cronificação do HIV - desafio da adesão ao tratamento**

### **2.1. Sobre o HIV/Aids e um breve histórico da epidemia no Brasil.**

Os primeiros casos de Aids começam a ser identificados, no Brasil, na década de 80, e o que parecia ser uma doença rara, que acometia determinados seguimentos da população, chamados “grupos de risco”<sup>3</sup>, hoje é uma epidemia global que atinge todos os segmentos da população e todos os países do mundo, em especial, os países pobres. Trata-se de uma doença sexualmente transmissível, que atinge em grande parte pessoas sexualmente ativas em idade produtiva e reprodutiva. Deste modo, rapidamente a epidemia do HIV tornou-se alvo de preocupação em diferentes países e, também, por parte da Organização Mundial de Saúde - OMS. (Silva, 1997).

No Brasil, no ano de 1983, formou-se o primeiro programa oficial de controle da Aids em São Paulo, com a ação conjunta da comunidade gay organizada e os técnicos da Secretaria de Saúde de São Paulo. Em seguida foi criado um programa, nos mesmos moldes, no Rio de Janeiro. Essa organização culminou na criação da Divisão Nacional de DST e Aids.

O Programa Nacional de DST e Aids foi criado em 1986, período em que crescia o número de óbitos causados pela doença. Com a promulgação da Carta Magna, em 1988, o Programa de DST e Aids ganha mais força e apoio da OMS. Em 1994 é feito acordo com o Banco Mundial objetivando possibilitar a compra dos primeiros antiretrovirais no Brasil, o que alavancou o Programa em relação à aquisição de medicamentos antiretrovirais. Atualmente, o programa brasileiro é uma referência internacional, pois segue os princípios do SUS que aliam assistência à prevenção e trabalha com a universalidade<sup>4</sup>.

O Programa Nacional de DST/Aids coloca como missão:

Reduzir a incidência do HIV/Aids e melhorar a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/Aids. Para isso, foram definidas diretrizes de melhoria da qualidade dos serviços públicos oferecidos às pessoas portadoras de Aids e outras DSTs; de redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis; de aumento da cobertura do diagnóstico e do tratamento das DSTs e da infecção pelo HIV;

---

<sup>3</sup> Os primeiros casos de Aids foram identificados em população homossexual/masculina e, rapidamente, a doença ficou conhecida, de forma pejorativa, como uma “doença de gays”. Profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis também foram incluídos no “grupo de risco”, pois a desinformação e a vulnerabilidade fizeram com que o vírus fosse transmitido com mais frequência entre essa população. Atualmente não se fala mais em grupos de risco, e sim em situações de risco.

<sup>4</sup> Fonte: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 13/06/2007.

de aumento da cobertura das ações de prevenção em mulheres e populações com maior vulnerabilidade; da redução do estigma e da discriminação; e da melhoria da gestão e da sustentabilidade<sup>5</sup>.

O Programa Nacional de DST/Aids tem constantes desafios a superar, principalmente no que diz respeito a direitos dos portadores e qualidade dos serviços prestados. Esses desafios sofrem influência direta do sistema econômico e político vigente, pois é ele que determina que rumo segue a política de saúde no Brasil.

Para falarmos da epidemia de HIV/Aids e o seu tratamento é necessário fazer uma referência à maneira como o vírus é transmitido e como age no organismo humano.

O HIV está presente nas secreções sexuais (esperma e secreção vaginal), sangue humano e leite materno. Estando presente nas secreções sexuais, uma das formas de transmissão do vírus são relações sexuais sem proteção (preservativo masculino ou feminino). Esta é a forma de transmissão mais comum e é a mais divulgada nos meios de comunicação. Estando presente no sangue, outra forma de transmissão pode ser através da transfusão sanguínea<sup>6</sup>. E, por fim, estando presente no leite materno, a transmissão pode ser vertical, ou seja, da mãe para a criança através da amamentação<sup>7</sup>.

Para uma pessoa ser infectada pelo vírus HIV, este deve entrar em sua corrente sanguínea. No sangue, o vírus busca principalmente as células CD4, que são células de defesa presentes no sistema imunológico do nosso organismo e cuja função é a proteção contra doenças. Utilizando uma enzima específica o HIV entra nessas células de defesa e se multiplica, fazendo com que milhares de outros vírus saiam de uma célula CD4. Ao mesmo tempo em que esse processo acontece, outras células de defesa, que ainda não foram atacadas estão se multiplicando com o objetivo de proteger o organismo, portanto, esse processo inicial não é suficiente para que a pessoa soropositiva tenha seu sistema imunológico comprometido.

---

<sup>5</sup> Fonte: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 13/06/2007.

<sup>6</sup> Para que a transmissão ocorra através do contato com o sangue (sem ser pela transfusão), é necessário que tenha uma porta de entrada no possível receptor, ou seja, que ele tenha uma ferida aberta e que o sangue contaminado entre imediatamente em contato com essa porta de entrada.

<sup>7</sup> A transmissão vertical não acontece somente no momento do aleitamento materno, mas pode também ocorrer durante a gestação com a troca de líquidos nos últimos meses e também na hora do parto, quando a criança tem alguma porta de entrada que estará em contato com o sangue da mãe. A gravidez de mulheres soropositivas pode e deve ser desenvolvida normalmente, por isso, existem cuidados especiais à gestante soropositiva para que não ocorra a transmissão vertical. Quando esses cuidados são tomados, o índice de transmissão vertical abaixa para quase 0%.

Quando o sistema imunológico perde a capacidade de defender o organismo de doenças é necessário iniciar com a terapia antiretroviral - TARV que, por sua vez, atua defendendo as células CD4 do ataque do vírus da Aids, impedindo-o de se reproduzir.

Medicamentos antiretrovirais - ARV têm sido utilizados para tratar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids desde meados dos anos 80. Os primeiros antiretrovirais, como a zidovudina - AZT permitiam benefícios apenas temporários, pois seus efeitos sobre a redução da quantidade de vírus (Carga Viral) no organismo eram insatisfatórios, apresentando baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica dos indivíduos infectados.

A partir de 1996, uma nova classe de medicamentos possibilitou sucesso no tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids e isso fez com que o número de óbitos por Aids diminuísse progressivamente.

Conforme dados estatísticos<sup>8</sup>, as perspectivas de controle da epidemia ainda são remotas e requerem estratégias diferenciadas para enfrentamento e superação das situações de vulnerabilidade, principalmente quanto à necessidade de focalizar mecanismos e procedimentos para o controle e tratamento das infecções oportunistas provocadas por processos imunodepressivos, decorrentes do HIV/Aids, afirma Silva (1997: p.14). No entanto, têm sido desenvolvidas pesquisas para a produção de vacinas preventivas e terapêuticas e o surgimento de antiretrovirais mais potentes no combate ao HIV têm aumentado o tempo de vida de portadores, tornando o HIV/Aids uma “condição administrável”.

Especificamente no Brasil, onde a epidemia assume características marcadas por contradições exacerbadas como a má distribuição de renda, a necessidade de enfrentamento da doença é dupla, no sentido de compreender todo o fenômeno e a partir daí, produzir conhecimentos científicos e também no sentido de buscar novas abordagens e metodologias de ação frente aos problemas concretos apresentados, numa perspectiva interdisciplinar e multiprofissional, “... tendo em vista a complexidade do problema bem como suas várias dimensões e implicações na vida dos indivíduos e da sociedade”. (Silva, 1997, p.3).

O ano de 1996 foi um marco para o combate ao HIV, pois neste ano os medicamentos antiretrovirais passaram a ser distribuídos gratuitamente em todo o Brasil, via Sistema Único de Saúde – SUS. A Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 – de autoria do Senador José Sarney e

---

<sup>8</sup> O Boletim epidemiológico do Ministério da Saúde: Janeiro a Junho/2005 afirma que a taxa de incidência de aids, ainda, se mantém em patamares elevados; 19,2 casos por 100 mil habitantes, em 2003.

assinada pelo Presidente da República em exercício na época, Fernando Henrique Cardoso – tornou obrigatória a distribuição de medicamentos anti-HIV pelo sistema público de saúde.<sup>9</sup>

A terapia antiretroviral - TARV é composta por uma gama de medicamentos, mas isso não quer dizer que o portador irá tomar todos os remédios existentes. Serão ministradas combinações que, dependendo do estado de imunodepressão e da resposta imunológica, podem ser alteradas ao longo do tratamento.

Desta forma, a possibilidade de recuperação do sistema imunológico e do controle do número de cópias virais presentes no organismo permitiu a estabilização do quadro infeccioso e uma significativa melhoria na qualidade de vida dos portadores do HIV/Aids, que adquiriu perfil de doença crônica<sup>10</sup> com a diminuição da mortalidade por Aids e isto aconteceu no Brasil devido à política de acesso universal a esses medicamentos.

A equipe profissional do Projeto Com-Vivência tem percebido durante as intervenções com os pacientes que os problemas de adesão ao tratamento com antiretrovirais constituem-se em desafios constantes.

Essa percepção se dá na rotina dos atendimentos, ainda sem um estudo sistemático e conclusivo sobre os fatores que determinam maior ou menor grau de adesão nesta população.

---

<sup>9</sup> Fonte: [www.aids.com.br](http://www.aids.com.br). Acesso em: 08/06/2007.

<sup>10</sup> Doença crônica é “qualquer estado patológico que apresente uma ou mais das seguintes características: que seja permanente, deixe incapacidades residuais, que produza alterações patológicas não reversíveis, que requeira reabilitação ou que necessite períodos longos de observação, controle e cuidados [...] o indivíduo é considerado paciente crônico se for portador de uma doença incurável” (Camon V, Chiatton H, Sebastiani R, Fongaro M, Santos C., 1996.).

## **2.2. Importância da adesão a TARV e dificuldades observadas**

O tema da adesão aos tratamentos medicamentosos tem sido bastante discutido no campo acadêmico e profissional da área de saúde e chama muita atenção quando se trata da adesão à terapia antiretroviral - TARV, pois o abandono deste conjunto de medicamentos pode acarretar resistência viral além de efeitos colaterais indesejáveis, o que muitas vezes determina mais ainda o abandono do tratamento.

Outro ponto importante no tratamento da Aids é que ela se diferencia de outras doenças crônicas como a Diabetes, por exemplo, pois a interrupção do tratamento irá ocasionar efeitos, doenças oportunistas, geralmente em longo prazo; No caso do Diabetes, a falta de adesão pode vir a comprometer o organismo rapidamente.

Essa diferença pode ser colocada como um ponto que dificulta a adesão ao tratamento, pois o usuário dos medicamentos não percebe prejuízo imediato ao parar de tomar os remédios, e isso dá uma impressão de que está tudo bem.

A adesão no caso da TARV apresenta especificidades:

Enquanto uma aderência em torno de 80% é considerada boa na maioria dos casos de patologias crônicas, estudos indicam que, em relação à infecção pelo HIV, é necessária uma adesão acima de 95% para que o paciente atinja níveis de carga viral abaixo de 400 cópias/ml, índice indicativo de uma boa adesão à terapia. (Revista Saber Viver/profissional de saúde, nº 1, 2005, p. 12).

Neste sentido o uso dos ARV exige disciplina no que diz respeito à posologia e aos horários de tomada dos medicamentos.

Existem diversas compreensões sobre o que seja adesão ao tratamento: adesão compreendida como a obediência do paciente ao tratamento prescrito pelo médico (Mark, 2000) ou como ato de ligar-se a alguma coisa de forma colaborativa por parte do paciente (Agins, 2004). Um sentido mais amplo de adesão seria o indivíduo encontrar-se em uma situação de concordância com as recomendações médicas de forma participativa e ativa, ou seja, se fazendo sujeito frente às intervenções que dizem respeito à sua saúde e sua vida.

Nesse sentido mais amplo, a adesão corresponde tanto a uma adesão médica (uso correto dos medicamentos, comparecimento a exames e consultas) quanto a uma mudança comportamental de hábitos de vida (exercícios físicos, lazer, alimentação saudável).

“Os níveis mais baixos de adesão são encontrados em pacientes crônicos, em que não se observam riscos imediatos para a saúde e cujo tratamento exige mudanças de hábito e rotinas”. (Carvalho, W. M., 2005, p. 11).

Portanto, a adesão é mais eficaz se o indivíduo compreende e aceita a sua condição de saúde juntamente com as suas possibilidades de tratamento e uma possível melhoria da qualidade de vida.

Mas aderir ao tratamento não depende de uma decisão somente individual. Existem vários fatores que a influenciam: fatores ligados ao sujeito, fatores relacionados com a doença, fatores ligados ao tratamento, fatores interpessoais e o contexto social e organizacional.<sup>11</sup>

Os fatores ligados ao sujeito dependem de seus conhecimentos sobre a doença, suas crenças e valores - que podem ou não contribuir para a adesão, saúde mental do indivíduo, fatores socioeconômicos e as condições clínicas (dores e sintomas persistentes). Fatores ligados à doença dizem respeito à gravidade do prognóstico e da percepção concreta de melhora, ou seja, se a pessoa não percebe os benefícios do tratamento em curto prazo, pode ser que ela sinta-se desestimulada para continuar o tratamento e ver os benefícios em longo prazo.

Os fatores ligados ao tratamento estão relacionados aos incômodos dos efeitos colaterais<sup>12</sup>, à duração do tratamento, confiança na importância e nos benefícios do tratamento e o preconceito social em torno do tratamento, pois os remédios podem evidenciar qual a doença que o indivíduo tem e trazer todo o estigma que foi construído em cima da AIDS ao longo dos anos<sup>13</sup>.

O estigma social é uma questão que merece uma atenção especial, pois ele interfere de forma significativa na adesão, tanto no ato de tomar uma medicação, o que pode despertar curiosidade de quem está por perto, como pelos efeitos colaterais que ela pode ocasionar, como a lipodistrofia, que iremos tratar mais adiante. A partir do momento que o usuário concorda em tomar a medicação, ele também está concordando e assumindo que tem uma doença incurável, com todo o estigma social existente sobre ela.

---

<sup>11</sup> Carvalho W M, Brambatti L. Adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/aids: barreiras e possibilidades. Revista de Saúde do Distrito Federal. 2005; v. 16, n° ¾.

<sup>12</sup> Os tipos de efeitos colaterais e a sua existência dependem do tipo de medicamento e do organismo do sujeito que está tomando o medicamento.

<sup>13</sup> Os primeiros diagnósticos de HIV foram feitos nos EUA, em 1981, e rapidamente a mídia denominou a doença de “câncer gay”. O termo pejorativo e preconceituoso se alastrou pelo mundo, incluindo o Brasil, fazendo com que o estigma social da doença surgisse antes mesmo dos primeiros casos diagnosticados de HIV no Brasil.

Alguns fatores interpessoais são determinados pelas relações dos profissionais de saúde com os pacientes, que podem permitir ou não a motivação do paciente em relação ao tratamento a partir da comunicação que se estabelece, que deve ser conduzida de forma simples, clara e acessível.

Por fim, os contextos social e organizacional dizem respeito ao tipo de acesso que o sujeito terá ao serviço de saúde, sua qualidade e sua estrutura.

Em estudo realizado pelo Projeto Com-Vivência foi constatado que os maiores e mais eficazes níveis de adesão estavam relacionados a uma maior escolaridade, maior auto-estima e existência do suporte social.<sup>14</sup>

Os fatores acima citados, que influenciam na adesão ao tratamento, quando estão prejudicados colocam o portador em uma situação de vulnerabilidade. GUIRAO (2001: p.34) relaciona, em sua tese de mestrado, a questão da vulnerabilidade e adesão ao tratamento antiretroviral. O autor cita como conceito de vulnerabilidade em HIV/Aids a idéia colocada por AYRES (1997:2):

Esforço de produção e difusão de conhecimento, debate e ação sobre os diferentes graus e naturezas da suscetibilidade de indivíduos e coletividades à infecção, adoecimento ou morte pelo HIV, segundo a particularidade de sua situação quanto ao conjunto integrado de aspectos sociais (ou contextuais) que os põem em relação com o problema e com os recursos para seu enfrentamento.

A dimensão da vulnerabilidade é ampla, ela vai além do risco individual. Não existe em função de uma pessoa, mas sim de influências que são encontradas no seu contexto, consiste em conjunto de fatores que amplia ou reduz o risco ou a proteção de uma pessoa ou população frente a uma determinada doença, condição ou dano.

---

<sup>14</sup> Seidl EMF, Melchiades AM, Caetano TR, Brito AHM, Farias VM. Adesão ao tratamento em HIV/Aids, variáveis sociodemográficas e psicológicas: resultados preliminares. Serviram de amostra, 101 pacientes soropositivos em acompanhamento no Com-Vivência: 60,7% do sexo masculino, com idades entre 20 a 71 anos, 46% estudaram até o ensino fundamental completo e a maioria não vivia com parceiro /a. Todos tinham indicação médica para TARV.



### **Capítulo 3. Busca dos usuários com dificuldades de adesão: uma estratégia de vínculo**

Este trabalho configura uma resposta a uma importante demanda: a identificação dos casos de abandono de acompanhamento e tratamento, com vistas à construção de uma proposta de busca destes casos, respeitando os limites éticos e legais inerentes a esta ação.

Inicialmente, durante a construção do projeto de TCC, pensou-se em uma proposta de busca como sendo um movimento ativo do serviço de saúde no sentido de resgatar usuários portadores de HIV/Aids que abandonaram o acompanhamento/tratamento com a terapia antiretroviral.

Para iniciar essa reflexão e definir como a atividade seria realizada, utilizamos o conceito de busca ativa, que consiste em atividade bastante utilizada na saúde pública com vistas ao controle epidemiológico de determinados agravos.

A busca ativa tem sido utilizada em diversas pesquisas como encontramos na dissertação de mestrado da Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP sobre a busca ativa dos casos de tuberculose pulmonar em São Paulo<sup>15</sup>, nos casos de infecção hospitalar<sup>16</sup>, como projetos de Secretarias Estaduais de Saúde<sup>17</sup>, entre outros.

A busca ativa de pacientes portadores de determinadas patologias transmissíveis, que exigem um tratamento rigoroso e supervisionado, tem se mostrado um desafio para a saúde pública. O contato com estes usuários pressupõe o respeito ao sigilo e a confidencialidade da sua condição de saúde e deve ser estruturado de tal modo que garanta os direitos dos usuários, considerando os aspectos éticos e legais envolvidos.

A busca ativa tem sido utilizada em pesquisas, projetos e ações na área epidemiológica como, por exemplo, na tuberculose, febre amarela e hanseníase. O uso na área de epidemiologia

---

<sup>15</sup> Capuano DA, Ward JK, Fortes CQ, Sá FC. Busca Ativa de Casos de Tuberculose Pulmonar em uma Unidade de Atendimento em Farmacodependência no Município de São Paulo. Revista Brasileira de Epidemiologia. V.6, n.3; 2003.

<sup>16</sup> Chor D, Klein CH, Marzochi KBF. Infecção Hospitalar: Comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica. Cadernos de Saúde Pública, v.6, n.2. Abril/Junho 1990.

<sup>17</sup> Secretaria de Estado da Saúde de Roraima. Busca Ativa e Educação em Saúde para portadores de doenças crônicas degenerativas.

se justifica, pois são doenças que podem se proliferar rapidamente<sup>18</sup> se a pessoa, a família e a comunidade não têm o acompanhamento sistemático do serviço de saúde.

Mesmo a busca ativa sendo tão utilizada no controle de doenças epidemiológicas, não existe na literatura um histórico sobre essa atividade e nem uma metodologia aprofundada sobre a sua utilização. Assim, vale a pena descrever uma situação em que a busca ativa foi utilizada para visualizarmos melhor o contexto atual dessa atividade. Trata-se da busca ativa de pessoas portadoras de tuberculose.

A tuberculose é a doença infecciosa que mais provoca mortes em adultos atualmente e o Brasil ocupa o 15º lugar entre os 22 países que detém os maiores índices de tuberculose no mundo. É considerada uma questão de saúde pública e intimamente ligada à pobreza e às condições de vida precárias. O governo brasileiro pactuou com a meta da Organização Mundial de Saúde – OMS que consiste em descobrir 70% dos casos de tuberculose e curá-los em 85%. O Programa Nacional de Controle da Tuberculose – PNCT é executado em conjunto pelas esferas federal, estadual e municipal. Dessa forma, busca horizontalizar as formas de prevenir, controlar e tratar a doença, utilizando a atenção básica no papel do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS e pelo Programa Saúde da Família-PSF.<sup>19</sup>

O Departamento de Saúde Indígena – DESAI realizou estudo entre 2000 e 2002 sobre o controle da tuberculose nas aldeias indígenas. O estudo mostrou que a taxa de incidência de tuberculose entre a população indígena vem caindo cerca de 12,9 % ao ano, e a taxa de abandono do tratamento diminuiu de 11,8 % em 2001 para 8,4 % em 2002. O estudo indica como uns dos principais aspectos que contribuíram para a diminuição das taxas foram: o diagnóstico precoce e o tratamento, este realizado na própria aldeia. A busca ativa é realizada nas aldeias onde a prevalência da doença é maior, e é feita através de exame de escarro<sup>20</sup> e radiografia nas pessoas com tosse persistente há mais de três semanas.<sup>21</sup>

Além da exemplificação acima colocada, foi encontrada uma Portaria do Ministério da Saúde que trata da Busca Ativa:

Art. 3º, seção III, capítulo 1 da PORTARIA Nº 1.399, de 15 de dezembro de 1999, que *Regulamenta a NOB SUS 01/96 no que se refere às competências da União, estados, municípios*

---

<sup>18</sup> Muitas vezes, os vetores dessas doenças são mosquitos que podem se proliferar rapidamente quando as condições de saneamento básico não são adequadas.

<sup>19</sup> Fonte: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 24/11/06

<sup>20</sup> Exame específico que visa detectar a presença do agente causador da tuberculose.

<sup>21</sup> Fonte: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 24/11/2006

*e Distrito Federal, na área de epidemiologia e controle de doenças (...)* define como uma das atividades dos municípios:

III - busca ativa de casos de notificação compulsória nas unidades de saúde, inclusive laboratórios, domicílios, creches e instituições de ensino, entre outros existentes em seu território;

IV - busca ativa de Declarações de Óbito e de Nascidos Vivos nas unidades de saúde, cartórios e cemitérios existentes em seu território;<sup>22</sup>

A Aids não é uma doença que se prolifera rapidamente e cuja transmissão não se dá do mesmo modo que as doenças que utilizam a busca ativa como forma de controle, pois não se transmite pelo ar, pelo contato com a pele, não é transmitida por insetos, não se transmite pela comida e nem pela água.

Não existe na literatura nenhum trabalho/experiência em HIV/Aids que utilize a busca ativa como forma de controle, justamente por não ser o controle da transmissão o objetivo de buscar os casos de abandono do tratamento no contexto da Aids.

Porém, entendendo a atividade de busca como o resgate de pessoas portadoras de doenças crônico-infecciosas que abandonaram ou que tenham falhas no tratamento de saúde, e sendo a Aids uma doença crônico-infecciosa, a busca pode ser considerada como uma estratégia de resgate desses pacientes para o tratamento.

A busca como uma estratégia que visa à criação de um vínculo do usuário com o serviço de saúde, o conhecimento da sua situação atual de vida e elaboração de estratégias de intervenção com o objetivo de promoção da saúde e a integralidade da atenção, deve ser pensada levando em consideração aspectos importantes ao se tratar do HIV/Aids.

Como mencionamos anteriormente, a Aids é uma doença em torno da qual foi construído socialmente um estigma de preconceito, associando a doença a outros estigmas já existentes, como: homossexualidade, prostituição, atitudes consideradas promíscuas, dependência química. Apesar de já termos superado alguns preconceitos, outros ainda estão fortemente presentes no contexto da epidemia.

---

<sup>22</sup> Fonte: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acesso em 09/10/2006.

Portanto, se considerarmos os estigmas colocados acima e o direito que o portador tem ao sigilo do diagnóstico, a busca deve ser feita com os cuidados necessários para que não gere situações de violação ao respeito e direitos do usuário. Outro ponto que também deve ser considerado e respeitado é a escolha do usuário em não fazer o tratamento, pois, ao contrário de outras doenças que utilizam a busca, a Aids não oferece risco para que convive com portadores.

A questão da escolha em não fazer o tratamento nos leva a uma outra reflexão: o que justificaria a busca em HIV/Aids? Para responder essa questão trazemos novamente a responsabilidade do serviço de saúde em garantir o acesso a um tratamento de qualidade aos usuários e de trabalhar com a integralidade na saúde. Vários fatores levam à não-adesão e esses fatores devem ser conhecidos pela equipe de saúde que, por sua vez, deve pensar estratégias visando trabalhar com esses fatores.

Como visto anteriormente, as falhas e o abandono da TARV são determinados por vários fatores de diferentes ordens: sociais, psicológicas, relação profissional de saúde-usuário, culturais, individuais, entre outros.

O movimento de busca em HIV/Aids não seria somente trazer o usuário de volta ao serviço, mas trabalhar com todas as questões que determinaram a sua não-adesão. Esse trabalho não deve ser feito de modo único, pois os fatores que influenciam atuam de modo diferente em cada uma das pessoas.

Outro aspecto importante que deve ser considerado é a questão ética, pois trabalhando a busca em Aids o objetivo não é proteger a comunidade ou a família da infecção, e sim trabalhar com o usuário diretamente, respeitando seu direito de decisão e tentando garantir seu direito de acesso a um tratamento de saúde que contemple as dimensões clínica e psicossocial.

Dentro desse contexto, a busca dos pacientes em HIV/Aids traz uma nova visão para a busca ativa como é entendida na saúde. Essa nova visão é a de garantia de direitos visando a integralidade no serviço de saúde.

A integralidade é um dos princípios doutrinários do Sistema Único de Saúde – SUS e pressupõe uma visão total do indivíduo e não a visão compartimentalizada, em que o usuário é visto como uma parte do corpo que deve ser curada e que a doença é o foco central. A palavra *integralidade* não está presente no dicionário da língua portuguesa, mas vem do adjetivo *integral*, que significa: “*Total, inteiro, global*”.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Fonte: Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Nova Fronteira, p. 310.

Dessa forma, a busca em HIV/Aids não visa apenas o tratamento com vistas a um controle epidemiológico, e sim um acompanhamento amplo com o objetivo de evitar um agravamento da doença e contribuir para uma melhor qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV. O que se pretende é que o sujeito se torne consciente da doença e suas possibilidades de tratamento e de escolhas. O foco não é mais o controle da doença e sim o indivíduo visto de forma integral.

#### **Capítulo 4. Procedimentos de pesquisa e análise dos dados**

Foram definidos para este trabalho alguns indicadores de abandono e falha de adesão ao tratamento: 1) não retirada mensal dos medicamentos na farmácia do Ambulatório do HUB, 2) faltas não justificadas nas consultas médicas e nos atendimentos do Com-Vivência, 3) não realização de exames de rotina e 4) casos de internações recorrentes com diagnóstico de infecções oportunistas, cuja causa seja atribuída ao abandono dos medicamentos.

Esses indicadores podem ser identificados no prontuário médico dos usuários do hospital, que contém o seu histórico de comparecimento nas consultas, diagnósticos e exames realizados.

Assim, na organização da pesquisa foi definida a necessidade de se identificar os casos de abandono da medicação.

Para isso foi feito contato com as farmacêuticas responsáveis pelo serviço de dispensação dos medicamentos antiretrovirais no Hospital Universitário de Brasília para apresentação dos objetivos do trabalho e solicitação das listas de usuários que não retiraram a medicação nos últimos 3 meses.

A farmácia ambulatorial do HUB é responsável pela distribuição dos medicamentos antiretrovirais e alguns medicamentos de uso ambulatorial, sendo definida como uma farmácia especializada.

A dispensação dos ARV no HUB teve início em 2001. No período 2001-2006, 139 usuários cadastrados deixaram de retirar seus medicamentos, segundo relatório apresentado pela farmácia.

Através de listagem fornecida pelo serviço de dispensação de antiretrovirais, foi possível identificar usuários que não retiram medicação mensalmente.

A primeira listagem foi solicitada e entregue no mês de janeiro 2007. Destes foram registrados 17 casos de óbito e 04 casos de transferência para outras unidades de dispensação.

Tendo em vista o elevado número de usuários identificados, com períodos sem buscar medicação até 5 anos, optou-se por considerar para efeito da amostra aqueles que não retiraram seus medicamentos nos últimos 365 dias.

Esta amostra foi definida por conveniência. Através dessa listagem iniciamos uma análise documental dos prontuários médicos dos usuários identificados.

Foram identificados 23 usuários nessa situação e procedeu-se à localização dos seus prontuários médicos. Foram localizados 20 prontuários médicos, sendo identificado 01 caso de óbito e 02 prontuários não foram localizados. Assim, 20 prontuários foram analisados.

Após esta primeira etapa, foi elaborado instrumento para coleta de dados dos prontuários<sup>24</sup> localizados.

Este instrumento<sup>25</sup> foi elaborado com o objetivo de caracterizar os casos de abandono do tratamento quanto a aspectos sociodemográficos, clínicos (estado físico e exames de CD4 e carga viral) e psicossociais, mediante análise documental.

A técnica da Análise Documental busca identificar informações factuais nos documentos, no caso o prontuário médico e as fichas de acolhimento do Com-Vivência; É uma fonte que traz informações e pode indicar problemas como: falta nas consultas médicas na clínica de Doenças Infecto-Parasitárias - DIP, não retirada de medicação antiretroviral na farmácia, histórico de vida, entre outras informações aqui analisadas. (GODOY, 1995).

A análise documental pode ser a única fonte de dados, como também pode ser combinada com outros instrumentos de coleta, sendo possível utilizá-la como um instrumento exploratório de checagem, como foi utilizada neste trabalho. Existem algumas vantagens na utilização desta técnica, tais como: a possibilidade de conhecer o passado, a investigação dos processos de mudança, a obtenção de dados por um custo menor e sem o constrangimento dos sujeitos.

Para análise dos dados sociodemográficos, obtidos na primeira parte do instrumento, e dos indicadores laboratoriais (exames de CD4 e Carga Viral) foi construído banco de dados utilizando o *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 13.0, para análise estatística descritiva.

As informações sóciodemográficas relevantes para este estudo nos indicam que os casos analisados apresentavam entre 28 e 55 anos de idade; 17 casos eram residentes do Distrito Federal e 3, de Goiás. As últimas dispensas de medicação antiretroviral variaram entre julho/2005 a setembro/2006.

As últimas consultas no HUB variaram entre março/1995 a fevereiro/2007; As últimas consultas na DIP variaram entre outubro/2004 a abril/2007; As internações mais recentes

---

<sup>24</sup> O prontuário do usuário do serviço de saúde consiste em conjunto de documentos relativos ao próprio usuário, seu estado físico de saúde, seus atendimentos em todos os âmbitos do hospital e informações coletadas nesses atendimentos. Sua existência e qualidade são de extrema importância para o usuário, profissionais da saúde e para o ensino e pesquisa. (Mezzomo, 1977).

<sup>25</sup> Em Anexo.

variaram entre janeiro/2002 a dezembro/2006; Os últimos atendimentos no Com-vivência ficaram entre outubro/2005 a março/2007; As taxas de CD4 variaram de 4 a 875<sup>26</sup>; E as taxas de Carga Viral variaram de indetectável a 153.603 cópias/ml<sup>27</sup>.

As frequências de sexo e estado civil se encontram em tabelas.

TABELA 1 – Frequência do sexo

Sexo	Frequência	Porcentagem (%)
masculino	15	75,0%
feminino	5	25,0%
Total	20	100,0%

TABELA 2 – Frequência do estado civil

Estado Civil	Frequência	Porcentagem (%)
Solteiro (a), nunca casou	11	55,0%
casado, vivendo com cônjuge	4	20,0%
solt., desq., divorc.ou viúvo (a) vivendo com companheira (o).	5	25,0%
Total	20	100,0%

Para análise dos dados clínicos e psicossociais foi utilizada técnica de análise de conteúdo. As análises têm como objetivo traçar um perfil dos casos e identificar os aspectos

<sup>26</sup> A taxa de CD4, para ser considerada favorável, deve ser acima de 200.

<sup>27</sup> O nível de carga viral é considerado indetectável quando é abaixo de 80 cópias/ml e é considerado alto quando é acima de 50.000 cópias/ml. Para considerar um nível alto de carga viral e entrar com a medicação, é necessário observar o estado clínico e as taxas de CD4 do portador.



dificultadores da adesão, bem como a existência ou não de fatores comuns nesse grupo de usuários, considerando as diferentes dimensões que determinam o processo de adesão ou não adesão à terapia antiretroviral.

Alguns dos usuários que tiveram prontuários analisados realizam ou já realizaram acompanhamento psicossocial no Projeto Com-Vivência, o que nos permitiu coletar dados da ficha de acolhimento utilizada no Com-Vivência.

Nessa atividade foi possível coletar informações sobre o histórico de vida, hábitos e histórico da adesão. Dividimos em: questões ligadas ao indivíduo, que consiste em uso abusivo de álcool e outras drogas e o contexto familiar; Questões ligadas às condições de vida: desemprego, situação de pobreza e falta de renda financeira; e questões ligadas às instituições de saúde e a TARV: vulnerabilidade institucional e efeitos colaterais.

Como dito anteriormente, vinte prontuários foram analisados e foi traçado o perfil dos usuários que abandonaram o tratamento antiretroviral.

Os casos analisados apresentavam diagnóstico de retrovirose que variavam de dois a vinte e cinco anos.

Dos prontuários analisados, treze já tiveram pelo menos uma internação por conta de doenças oportunistas causadas pela baixa da imunidade do organismo.

Quanto à forma de transmissão cinco usuários referem que a transmissão do vírus ocorreu devido ao uso de drogas injetáveis com compartilhamento de seringas contaminadas, sete acreditam que foi por transmissão sexual, dois por transfusão sanguínea e seis não apresentam relato sobre a forma de transmissão.

Dentre os casos analisados onze apresentam relatos de não adesão aos medicamentos e/ou atendimento ambulatorial.

À medida que os dados foram sendo coletados e as suas análises realizadas, os resultados foram compartilhados com toda a equipe do Projeto Com-Vivência, já que o trabalho se pauta em uma ação coletiva e multiprofissional, e não individualizada. Dessa forma, o retorno ao serviço do trabalho realizado é de extrema importância para se garantir uma continuidade da intervenção proposta.

É importante salientar que as discussões realizadas nas reuniões de equipe acerca dos casos e da necessidade de localização, quem e como fazer foram extremamente ricas e

proveitosas para todos, profissionais e alunos, tendo em vista a complexidade da questão, tanto do ponto de vista dos direitos do usuário, como no que se refere aos aspectos éticos e legais.

#### 4.1. Questões ligadas ao indivíduo

Como colocado no capítulo 2, os fatores que influenciam na não-adesão ligados aos indivíduos são, entre outros, o uso abusivo de álcool e outras drogas e o contexto familiar.

Na análise dos dados clínicos e psicossociais seis usuários apresentam relato de uso abusivo de álcool e outras drogas.

O uso abusivo de álcool e outras drogas têm se mostrado como um fator determinante da adesão ao tratamento/acompanhamento na medida em que altera a percepção da realidade e freqüentemente não permite que o sujeito organize o seu dia e os seus horários para a tomada dos medicamentos. O uso de substâncias psicoativas também pode potencializar alguns efeitos colaterais e, em interação com a droga, produzir determinados efeitos colaterais como: diarreia, tontura, náuseas, entre outros.

Em um dos casos analisados, a pessoa é usuária de droga injetável - UDI e possui um irmão que também é soropositivo e UDI, os dois já estiveram detidos em penitenciária.

Nesse caso, além do uso de drogas injetáveis, que apresenta a possibilidade de compartilhamento de seringas, ainda tem o contexto familiar que se mostra como não favorável às práticas de rotina que proporcionam uma melhor qualidade de vida e que influenciam positivamente no tratamento.

Em um outro caso, o relacionamento com a droga é caracterizado não apenas pela dependência química, mas também pela comercialização, o que impede que o mesmo mantenha uma relação de convivência com a única filha e receba o apoio necessário, já que ela é a pessoa que o incentiva a realizar o tratamento e acompanhamento ambulatorial.

Identifica-se neste caso que a dependência química e o contexto dessa dependência têm forte impacto nas relações familiares, afastando o usuário de sua filha e impedindo o incentivo para aderir ao tratamento.

Outro caso identificado é de um usuário que é morador de rua e apresenta um histórico de uso abusivo de droga. Reitera-se que o contexto de quem vive na rua é um contexto de vulnerabilidade não só para o uso abusivo de álcool e outras drogas, como para o agravamento da situação de saúde, tendo em vista a dificuldade inerente a esta condição de vida para estabelecer rotinas necessárias para o uso de medicamentos, como horário de alimentação e de sono adequado.

Freqüentemente a falta de condições básicas de higiene contribui para o agravamento da situação do organismo que já está com a imunidade baixa. Neste caso, a falta de alimentação adequada agrava ainda mais as condições do organismo, envolvimento com drogas e a dependência química é uma situação com grande probabilidade de acontecer.

No acompanhamento realizado pelo Serviço Social do Com-Vivência já foram identificadas situações de agravamento do estado geral de saúde e o usuário já foi encaminhado para diferentes casas de apoio existentes no Distrito Federal, porém não se adaptou a nenhuma delas sempre voltando à situação de morador de rua.

Um outro caso, já encaminhado para o eixo de intervenção da pesquisa de adesão, o usuário relatou em atendimento realizado no Projeto Com-Vivência que as suas falhas na adesão são devidas ao uso de drogas. Segundo seu relato, toda vez que ele está em uso de drogas, o uso dos antiretrovirais é interrompido; Ele também relatou que assume a importância dos antiretrovirais e quer seguir o tratamento, por isso procurou, por conta própria, uma casa de apoio para dependentes químicos, local em que está morando no momento.

Seis prontuários apresentam histórico de desorganização familiar. Segundo referência do Dicionário da Língua Portuguesa<sup>28</sup>, *desorganização* deriva do substantivo *desordem* que significa: “**1.** Falta de ordem; desorganização. **2.** Desalinho. **3.** Confusão.”

Consideramos para efeito desta análise a desorganização familiar como ausência de convívio familiar (moradores de rua), separação da família de origem, relações conjugais permeadas por separações e conflitos, ausência do convívio com os filhos, perda de filhos e cônjuges decorrentes da Aids, ausência de apoio da família na época do diagnóstico.

A desorganização familiar é percebida em grande parte dos casos analisados.

Dois casos apresentam relatos de abandono dos filhos e falta de contato com os mesmos e, nos dois casos, as pacientes não têm contato com os seus próprios familiares. Em um desses casos, o pai das crianças e companheiro da paciente faleceu por conta de doenças oportunistas causadas pela Aids, e também apresentava histórico de não-adesão.

Um caso claro de desorganização familiar é o do caso do portador que é morador de rua. Essa pessoa não mantém contato com seus familiares, que moram em outro Estado, e não busca apoio deles quando precisa, e seu grupo de amigos são as pessoas que estão na mesma condição que ele, moradores de rua e usuário de drogas.

---

<sup>28</sup> Fonte: Minidicionário Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Nova Fronteira, 1993, 3ª ed, p. 179.

O apoio social também se mostra importante na adesão.

Andrade (2004) utiliza alguns autores para referenciar *apoio social*:

Segundo Caplan (1974), “apoio social é um sistema de apoio formado por relações formais e informais através do qual um indivíduo recebe apoio emocional, cognitivo e material, para enfrentar situações geradoras de stress”. Cobb (1976) define apoio social como “a informação que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com obrigações mútuas”. Segundo Norbeck e colaboradores (1981) e Berkman (1984), apoio social envolve referências emocionais – alguém com quem contar em situações difíceis, auxílio material ou de informação, e percepção de valorização no contexto dos grupos dos quais o indivíduo faz parte.<sup>29</sup>

O apoio no momento de revelar o diagnóstico à família ou amigos e como a informação será recebida é muito importante e pode ser decisivo na compreensão da doença e suas possibilidades de tratamento. Cinco prontuários revelaram a falta de apoio familiar e/ou do grupo de amigos.

Um outro caso relata que, no período do diagnóstico, a família reagiu negativamente e não ofereceu apoio e, em outro caso, os amigos se afastaram ao conhecerem o diagnóstico.

---

<sup>29</sup> Andrade, C. R. Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde. Rio de Janeiro, 2004.

## 4.2. Questões ligadas às condições de vida

Seis usuários encontravam-se em situação de desemprego e sem renda; dos casos analisados apenas um recebe o Benefício de Prestação Continuada- BPC e nenhum está inserido no mercado formal de trabalho, portanto não recebem aposentadoria ou auxílio-doença.

Durante a análise dos prontuários foi possível perceber a inexistência da garantia de direitos básicos de cidadania, como: direito ao acesso a serviços de saúde, à educação, a emprego, à moradia, e o direito ao sigilo e respeito ao diagnóstico. A questão do desemprego, a situação de pobreza e a falta dos direitos acima colocados para soropositivos são agravantes para a não-adesão à medicação.

Todas essas situações de abandono, solidão e conflitos interferem diretamente e negativamente no desejo de tratar-se.

O caso do morador de rua, citado anteriormente, se encontra também nos fatores ligados às condições de vida, pois não possui nenhuma atividade que lhe gere uma renda significativa.

Outro caso analisado, em que a questão socioeconômica é de grande importância, pode ser observado quando em atendimento no Projeto Com-Vivência, o usuário refere que interrompeu a medicação com o objetivo de adoecer e, assim, tentar conseguir o BPC.

A Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, representada na Lei nº 8.742/93, traz a organização e o funcionamento da assistência social, bem como seus benefícios e os órgãos que a compõem. A Seção I da LOAS trata do Benefício de Prestação Continuada – BPC.

O Benefício de Prestação Continuada é um benefício no valor de um salário mínimo garantido às pessoas idosas, faixa etária a partir de 65 anos e portadores de deficiência inaptos ao trabalho e à vida independente. Um outro critério de elegibilidade deste benefício é possuir renda *per capita* de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. Na sua organização, o BPC não consiste em direito para as pessoas soropositivas. Porém, existe um histórico de alguns portadores que já conseguiram ter acesso ao BPC, ou por ter alguma seqüela de infecção oportunista que caracterizou uma deficiência característica ou por ter conseguido “passar” pela perícia médica do INSS.

Dessa forma, o BPC é solicitado por várias pessoas portadoras do HIV, que sua maioria que não tem nenhuma fonte de renda, mas que não atendem aos critérios de elegibilidade quanto à situação de deficiência.

Este fato demonstra uma situação caótica, pois a partir do momento que uma pessoa escolhe adoecer para receber um benefício no valor de um salário mínimo, quer dizer que a situação financeira e social está em um limite desesperador. Talvez não pudéssemos nem dizer que adoecer foi uma escolha da pessoa, pois, muitas vezes, ela não tem outras escolhas, já que seus direitos básicos de cidadania lhe são privados por uma condição socioeconômica marcada pela exclusão.

### **4.3. Questões ligadas às instituições de saúde e a TARV**

A maneira como a instituição de saúde funciona e a qualidade dos serviços que disponibiliza tem papel fundamental na adesão dos usuários ao tratamento e acompanhamento.

A vulnerabilidade institucional se traduz na má preparação dos profissionais de saúde para se lidar com uma determinada situação de saúde, nas condições da estrutura física hospitalar e ambulatorial deteriorada, dificuldade na marcação de consultas e exames e a falta de insumos hospitalares, incluindo medicamentos.

Em um dos prontuários analisados foi encontrado relato de abandono do tratamento causado, segundo o usuário, pela relação ruim entre médico e usuário. Muitas vezes esta relação “ruim” se estabelece desde o momento da revelação do diagnóstico.

O momento de informação do diagnóstico à pessoa é decisivo, pois é nesse momento que deve ser criado um vínculo com o serviço de saúde e que algumas informações importantes sobre o vírus devem ser fornecidas.

Se o diagnóstico for informado de maneira que não se respeite os direitos de sigilo ou de maneira preconceituosa, o vínculo com o serviço não se concretiza e pode ser colocada em risco a adesão ao acompanhamento e, futuramente, ao tratamento.

No caso dos medicamentos antiretrovirais não é freqüente ocorrer falta de medicação. Mesmo estando disponíveis os medicamentos antiretrovirais a falta dos medicamentos para as doenças oportunistas pode acarretar um agravamento do caso clínico.

O trabalho em rede, dentro dos serviços de saúde é também um fator muito importante. A articulação entre os serviços de várias especialidades permite um atendimento mais integral, e a falta dessa relação faz com que o serviço não tenha meios de atender as demandas, se tornando deficitário e podendo prejudicar o vínculo do usuário com o serviço.

Identificamos nas análises realizadas o que a literatura vem apontando acerca das dificuldades de adesão determinadas pelos efeitos colaterais causados pelos ARV. Os efeitos colaterais podem ser diversos, dependem do tipo de remédio e do organismo da pessoa que o está ingerindo.

Em muitos casos, após o primeiro mês de uso do medicamento, os efeitos podem desaparecer ou serem atenuados. Entre os mais freqüentes, encontram-se: diarreia, distúrbios



gastrointestinais (vômitos e náuseas) e manchas avermelhadas pelo corpo (rash cutâneo).<sup>30</sup> Esses efeitos são ruins por si só, mas também podem influenciar na vida social do usuário, interferindo no trabalho, no lazer e em outras atividades do dia-a-dia.

A lipodistrofia é um dos efeitos colaterais que mais causam impacto físico por que determina mudanças na distribuição de gordura do corpo e isso modifica bastante a aparência física da pessoa.

Diferentemente dos outros efeitos colaterais, que podem ser atenuados com o passar do tempo, a lipodistrofia é causada pelo uso prolongado de alguns medicamentos antiretrovirais e causa um aspecto de “emagrecimento” no rosto, braços e pernas e um aumento da região abdominal, das costas e pescoço. Esses efeitos são importantes e causam impacto na auto-estima da pessoa, que adquire uma característica física nova e desconhecida e que pode ser associada a uma doença.

Existem algumas alternativas para diminuir esses efeitos colaterais: intervenção na alimentação, horários de tomada dos medicamentos, mudança de esquema terapêutico ou interação com medicação para diminuir o mal-estar.

No caso da lipodistrofia: exercícios físicos, acompanhamento nutricional e, em alguns casos, interferência cirúrgica podem atenuar o quadro.

Mas, para essas alternativas serem trabalhadas, o serviço de saúde tem que estar preparado para recebê-las, as possibilidades de mudança de esquema terapêutico, por exemplo, serão trabalhadas pelo profissional médico e este tem de estar atento às questões que podem levar à não-adesão. A questão da mudança da alimentação e dos exercícios físicos deve ser analisada de acordo com as condições de vida da pessoa e suas possibilidades, pois, muitas vezes, não existe opção de alimentação e nem a possibilidade de exercícios físicos.

Dentre os prontuários analisados, três casos relataram não aderir ao tratamento devido aos efeitos colaterais.

---

<sup>30</sup> Fonte: [www.aids.gov.br](http://www.aids.gov.br). Acesso em: 21/06/2007.

#### 4.4. As contribuições do Grupo Focal

Assim, com o objetivo de discutirmos as questões éticas, implicações e justificativas da busca em HIV/Aids e de propor algumas estratégias para essas atividades, foi realizado um Grupo Focal com alguns membros da Rede Nacional de Portadores de HIV/Aids.

O grupo foi coordenado pela assistente social do Projeto Com-Vivência e co-orientadora deste projeto Wania Maria do Espírito Santo Carvalho, no qual participei como relatora juntamente com a psicóloga e coordenadora do Com-Vivência Eliane Maria Fleury Seidl.

Grupo Focal é uma técnica qualitativa de coleta de dados, em que pessoas com características em comum são reunidas com o objetivo de discutirem e explicitarem suas experiências e opiniões sobre um assunto de seu domínio. O Grupo é coordenado por um (a) moderador (a) que traz um roteiro de discussão que será debatido entre os participantes. O ideal é que o (a) moderador (a) fale o menos possível e incentive o diálogo entre os participantes, sempre atento (a) à direção que o assunto está tomando. A técnica do Grupo Focal é bastante utilizada em trabalhos exploratórios, de pesquisa, e permite que questões não previstas possam ser colocadas aos participantes.<sup>31</sup>

Primeiro foi definido o perfil dos participantes para o grupo, que deveriam ser pessoas em uso de tratamento antiretroviral e com alguma militância no contexto da epidemia.

A seguir foi realizado o contato e o convite para participar do Grupo Focal, respeitando os limites de sigilo e confidencialidade acerca da soropositividade. Após essa etapa foi elaborado o roteiro e o documento de consentimento livre e esclarecido, assim como a definição da equipe de condução e preparação do material necessário;

Como abordado no capítulo 3 deste trabalho, consideramos que o uso do termo “busca ativa de casos”, utilizado na saúde pública para busca de casos de patologias como tuberculose, hanseníase e outras, não se aplica ao contexto do HIV/Aids. As formas de transmissão do vírus HIV envolvem propostas de prevenção que ultrapassam o contato familiar e social e, portanto, dependem de políticas específicas que não incluem a busca de casos.

Por outro lado, os pressupostos de uma proposta de busca dos casos de abandono do tratamento antiretroviral assentam-se no direito a saúde, consagrado na Carta Constitucional de

---

<sup>31</sup> Fonte: [www.fae.ufmg.br](http://www.fae.ufmg.br). Acesso em 19/06/2007.

1988 e operacionalizado por meio do Sistema Único de Saúde – SUS. Os princípios doutrinários do SUS – universalidade, integralidade e equidade visam garantir aos usuários a realização do tratamento de saúde indicado. No caso da terapia antiretroviral o abandono do tratamento pode significar agravamento precoce do quadro clínico e laboratorial com evolução para o quadro de Aids. A ocorrência de infecções oportunistas pode determinar internações e complicações clínicas que podem chegar ao óbito. Sendo assim, discutir os aspectos positivos e negativos que envolvem a busca de casos de abandono do tratamento no âmbito do HIV/Aids é de grande importância para desenvolver essa atividade.

Para participar do Grupo Focal foram convidados portadores do HIV/Aids em uso de terapia antiretroviral acompanhados em diferentes serviços da rede pública e privada de saúde. O contato inicial foi realizado por intermédio da Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (RNP-DF) e após consentimento das pessoas contatadas foi enviado o convite para participação.

O Grupo Focal foi realizado nas dependências do Projeto Com-Vivência, no HUB em dia e horário acordado com os participantes. Foi elaborado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, roteiro de perguntas e instrumento para identificação do perfil dos participantes.

Participaram do Grupo Focal seis pessoas das dez que foram convidadas, sendo duas do sexo feminino e quatro do sexo masculino. A idade variou de 29 a 54 anos e o tempo do diagnóstico do HIV entre 09 e 19 anos. Todos se encontravam em uso da TARV, mas um dos participantes informou estar com a medicação suspensa por orientação médica, tendo em vista os bons indicadores clínicos e laboratoriais, estando em “férias terapêuticas”. Outro participante também informou o uso da TARV há 7 anos com dois períodos de “férias” de aproximadamente um ano cada. Cinco dos seis participantes referiram trabalhar em organizações governamentais ou não governamentais de prevenção e/ou assistência ao HIV/Aids. O Grupo teve 2h30minutos de duração, foi gravado em áudio e seu conteúdo foi transcrito na íntegra, além de anotações de dados de observação. O material transcrito será analisado utilizando a técnica de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo.

Assim, foi possível a construção de um discurso coletivo de pessoas em uso de TARV e atuantes no contexto da epidemia do HIV/Aids, acerca da relevância da busca de casos de abandono do tratamento pelos serviços públicos de saúde e dos aspectos éticos e legais que

envolvem esta questão. O resultado do Grupo Focal irá nortear a metodologia a ser adotada para a abordagem dos casos de abandono identificados.

#### **4.5. Iniciando a busca dos casos**

Para iniciar o trabalho de busca optou-se primeiramente pelo contato telefônico.

A opção pelo contato telefônico deve-se ao fato de aparentemente ser mais fácil e rápida e permitir a possibilidade de falar diretamente com o usuário. Ainda assim, nesse tipo de contato alguns cuidados devem ser observados, como: não informar para quem atende ao telefone que é do Projeto Com-Vivência, por ser este serviço especializado em atendimento a pessoas soropositivas para HIV; não revelar para quem atende ao telefone que está procurando determinada pessoa por causa do seu tratamento de saúde, principalmente antiretroviral, não fornecer nenhum tipo de informação, entre outros aspectos que não revelem o diagnóstico da pessoa.

O contato telefônico pode ser uma estratégia de busca, mas deve ser realizado por um profissional capacitado para evitar constrangimentos e violação do sigilo.

No período de busca telefônica um dos usuários cujo prontuário foi analisado foi identificado que se apresentava em situação de internação no HUB. Dessa forma, foi iniciado acompanhamento na enfermaria pelo serviço social e pela psicologia com o objetivo de retomar e fortalecer um vínculo e compreender a sua atual situação de saúde e de contexto de vida familiar e social.

Este usuário apresenta dependência química e comercialização de drogas. Seu filho faleceu recentemente por assassinato ligado ao tráfico de drogas. Ele relata que não quer mais “mexer com droga”, quer trabalhar com marcenaria (ele já trabalha com isso, mas está desmotivado) e ter uma renda financeira. Relata também que a não-adesão a TARV se dá por causa dos efeitos colaterais. Assim, foi discutido com a equipe médica que irá mudar o seu esquema terapêutico e o usuário relatou que está disposto a tentar a nova medicação.

A partir do primeiro contato iniciou-se a intervenção para trabalhar adesão e foi aplicado o instrumento de adesão, que faz parte da Pesquisa mais ampla que gerou este TCC, como foi dito na Introdução do trabalho.

Um dos casos foi localizado por telefone comercial e foi agendado atendimento no Com-Vivência para a semana seguinte.

O atendimento foi estruturado de modo a realizar um novo acolhimento, permitir um espaço de escuta e identificar os possíveis fatores que determinaram o abandono do

tratamento/acompanhamento. O usuário compareceu ao Com-Vivência no horário agendado e foi atendido.

No atendimento, foi informado que ele está trabalhando como motorista particular e também com reciclagem de jornais e sua situação financeira está estável. Ele casou e reside com a esposa e uma filha de outro casamento, que morava em Goiânia e, que segundo seu relato estava em situação de prostituição. Ele demonstrou estar satisfeito com o seu trabalho e suas atividades, e com vontade de “não ficar encostado numa cama, doente”.

Ele relatou estar se sentindo bem de saúde, comendo bem e utilizando plantas medicinais para tratar algumas questões de saúde. Foi explicado que o chamamos ao serviço, pois ficamos preocupados devido ao fato de não buscar medicação há bastante tempo. Ela relatou que retirou a medicação em maio deste ano, mas antes disso, ficou seis meses sem buscar. Ele entende a importância da medicação, mas diz que não toma regularmente, pois os efeitos colaterais (tontura e enjôo) atrapalham em seu trabalho.

Conversamos sobre a possibilidade de trocar o esquema terapêutico por outro que não cause os efeitos indesejados e que isso teria que ser discutido com o seu médico.

Algumas dúvidas sobre CD4 e Carga Viral foram esclarecidas, conversamos um pouco sobre o uso das plantas medicinais e a sua não comprovação de eficácia para o tratamento da Aids e agendamos outro atendimento para a semana seguinte. O atendimento foi relatado no prontuário do paciente e, assim, em sua próxima consulta médica poderá ser trabalhada a questão do esquema terapêutico.

Dois casos tinham contato telefônico da Casa de Apoio Lucas Evangelista - FALE em que moravam. Entramos em contato com a Casa e foi constatado que não moram mais lá. Foi solicitado da gerência da Casa o contato atual dos dois pacientes. Segundo o informado, um deles está em outra casa de apoio e o outro eles não sabem onde está morando.

Com o usuário que está morando na outra Casa de Apoio foi possível contato pelo celular, e ele nos informou que está fazendo acompanhamento médico em outro hospital do Distrito Federal – DF.

O outro usuário não foi possível localizar, pois o telefone celular apresentava-se desligado.

Três casos tinham números telefônicos errados e não eram conhecidas pelos que atenderam ao telefone. O assunto de que se tratava a ligação não foi revelado.

Quatro casos não atenderam ao telefone. Um deles procurou o serviço coincidentemente neste período e foi prontamente atendido e incluído no processo de avaliação e identificação dos aspectos que determinaram o seu abandono a TARV. Outro já respondeu à entrevista inicial da pesquisa de adesão.

Em outro caso foi feito o contato em sua residência e conversamos com sua mãe. Ela nos informou que ele veio a óbito em dezembro de 2006 por complicações de doenças oportunistas (período em que estava internado no HUB, porém não foi relatado o seu óbito no prontuário). Foi dado um apoio emocional à mãe do usuário e nos colocamos à disposição para atendimento da família.

Um caso é morador de rua e não tem contato telefônico.

Um caso não foi necessário entrar em contato, pois já está participando da fase de intervenção da pesquisa de adesão.

Em um dos casos de abandono, quando tentamos localizar, fomos informados pela funcionária administrativa do Projeto Com-Vivência que ele mudou de cidade e algumas informações importantes do seu prontuário médico foram copiadas e enviadas por fax para o hospital no qual o usuário está fazendo acompanhamento atualmente. Esta é uma importante intervenção realizada pelo Serviço Social do Com-Vivência nos casos de mudança de domicílio. Informações a respeito dos tratamentos e exames realizados podem auxiliar sobremaneira a continuidade do tratamento evitando repetições, gastos e sofrimentos desnecessários.

Cinco casos apresentavam números indisponíveis; E um caso estava com o telefone desligado. Em um desses casos com telefone desligado será realizada a visita domiciliar.

Foi escolhido este caso para realizarmos a visita domiciliar, por que a usuária é moradora da cidade do Paranoá, onde a assistente social do Projeto Com-Vivência, Wania Carvalho, trabalha. Portanto, o contato pela visita tem maiores chances de obter êxito.

Foi possível observarmos que a quantidade de telefones indisponíveis é grande e esse dado pode vir a reafirmar a falta de vínculo com o serviço de saúde, pois as informações básicas não são atualizadas, justamente porque a pessoa não está comparecendo com regularidade ao serviço de saúde.

Por outro lado, o serviço de saúde não busca atualizar os dados de seus usuários, não enxergando essa atividade como uma forma de firmar um vínculo e promover uma melhor atenção aos usuários.

As condições de vida, moradia, condições econômicas, questões familiares, culturais e individuais, aspectos jurídicos na garantia ou não de direitos aos portadores de HIV e questões governamentais, são algumas dessas questões relevantes.

O acolhimento do sujeito soropositivo, informações sobre o tratamento, acompanhamento da gestante soropositiva, medidas profiláticas em alguns casos quando há exposição ao vírus HIV e opções quando há falha no tratamento antiretroviral são questões que estão muito presentes no tratamento das pessoas. Consideramos que somente o conhecimento de uma área profissional não é suficiente para trabalhar estas questões.

É nesse sentido e, encarando essas questões que se apresentam como verdadeiros desafios, que o profissional de serviço social se insere na área de HIV/Aids, tanto intervindo diretamente quanto pesquisando, com vistas a estruturar melhor sua intervenção.



## 5. Considerações Finais

A adesão a TARV é uma questão bastante polêmica atualmente. Por um lado, são muitos os fatores que influenciam a não-adesão: fatores individuais, sociais, culturais, organizacionais, entre outros. Por outro lado, o serviço de saúde se depara com essas dificuldades e não apresenta respostas concretas para lidar com as questões.

O Sistema Único de Saúde - SUS ainda enfrenta muitos desafios colocados para a sua implantação. O resultado disso são hospitais e centros de saúde públicos com estrutura física deteriorada, falta de profissionais de saúde, falta de insumos hospitalares e dificuldade para a marcação de consultas e exames, além da baixa qualidade de atendimento, expressa em ambulatórios superlotados, profissionais sobrecarregados e a emergência de demandas sociais, como a pobreza e a exclusão que muitas vezes ultrapassam a possibilidade de intervenção dos serviços. Estes e outros problemas fazem com que os princípios de universalidade e integralidade não sejam atingidos.

Neste trabalho foi possível coletar informações sociodemográficas e clínicas dos usuários. O que nos permitiu alimentar o banco de dados do Projeto Com-Vivência, traçar um perfil dos usuários que apresentam falhas na adesão e identificar quais os fatores predominantes.

Percebemos, nessa atividade, que o abuso de álcool e outras drogas, o contexto familiar desestruturado, a falta de apoio social desde a descoberta da soropositividade até a realização do tratamento, o desemprego, a pobreza, a qualidade dos serviços de saúde e os efeitos colaterais causados pelos antiretrovirais são os fatores primordiais que influenciam na adesão a TARV.

Esses fatores fizeram com que os usuários se afastassem do serviço de saúde e, por entender a importância de se garantir a integralidade na saúde e o seu acesso de qualidade, a busca dos casos se mostrou como uma alternativa de fortalecimento do vínculo com o serviço de saúde e, dessa forma, uma possibilidade de trabalhar as questões que influenciam na não-adesão.

Sem dúvida para realizar a busca de casos de abandono os serviços devem preparar-se para lidar não apenas com os desafios desta intervenção: sigilo, confidencialidade, controle de medicamentos e de consultas, atualização de dados dos usuários, bem com as demandas decorrentes da intervenção.

Para organizar a busca dos casos de abandono é necessário que se construa mecanismos de referência para atendimento de demandas específicas como o uso abusivo de álcool e outras

drogas, referência para atendimento conjugal e familiar e, especialmente uma rede de apoio para ações de assistência social e inclusão social, visando a reconstrução do projeto de vida .

O serviço social como profissão da saúde e parte integrante de uma equipe multidisciplinar tem sua atuação profissional pautada nos pressupostos de seu código de ética e na garantia dos princípios do SUS.

A integralidade na saúde é um princípio que reforça a importância de se observar os aspectos sociais, econômicos, psicológicos e não somente biológicos, do usuário do serviço de saúde.

Dessa forma, pretendemos continuar a busca dos casos respeitando as questões que a envolve, e observar as necessidades que se mostram quando o usuário retorna ao serviço de saúde.

## 6. Referências

- ANDRADE, C.R. *Associação entre apoio social e frequência relatada de auto-exame das mamas no estudo pró-saúde*. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz/Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2004. Disponível em: [www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acesso em: 22 de junho, 2007.
- BRAMBATTI, L.; CARVALHO, W.M.E.S. *A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/Aids: barreiras e possibilidades*. Revista de Saúde do DF, v.16, nº3/4, Brasília, 2005.
- BRASIL. *Constituição de República Federativa do Brasil*. Senado, Brasília/DF, 1988.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. *LOAS: Lei Orgânica da Assistência Social: legislação suplementar*. 3 ed. Brasília: 2003. 72 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. *Boletim Epidemiológico – Aids*. nº 1. Janeiro a junho/2005. Brasília, DF.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. *Boletim Epidemiológico – Aids*. Ano XVII nº1. 2003. Brasília, DF.
- BRAVO, M.I.S.; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: Elementos para o Debate. In: Marlene Teixeira (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: CORTEZ, 2006. p. 197-218.
- BRAVO, M.I.S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: Lutas Sociais e Práticas Profissionais*. Rio de Janeiro: UFRJ. São Paulo: CORTEZ, 1996. 286p.
- CAPUANO, D.A. et al. *Busca Ativa de Casos de Tuberculose Pulmonar em uma Unidade de Atendimento em Farmacodependência no Município de São Paulo*. Revista Brasileira de Epidemiologia. v.6, n.3; 2003.
- CARVALHO, W.M.E.S. *Atenção Primária à Saúde: do conceito ao modelo de atenção*. 2004. 9p. Curso de Especialização/PN-DST/Aids, Brasília.
- CHOR, D.; KLEIN, C.H.; MARZOCHI, K.B.F. *Infecção Hospitalar: Comparação entre dois métodos de vigilância epidemiológica*. Cadernos de Saúde Pública, v.6, n.2, abril/junho 1990.
- GODOY, A.S. *Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades*. In: Revista de Administração de Empresas. v. 35 nº 2. São Paulo: RAE. 1995.
- GUIRAO, L.J. *Vigiar e Assistir: acesso e adesão ao tratamento de detentos portadores do HIV/AIDS*. Estudo de Caso. 151 p. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

IAMAMOTO, M.V. Transformações Societárias, alterações no “mundo do trabalho” e Serviço Social. In: *Revista Ser Social* n° 6 (jan/jun. 2000).

MEZZOMO, A.A. *Serviço do Prontuário do Paciente*. São Paulo, 1977. 230p.

MINIDICIONÁRIO Aurélio da Língua Portuguesa. 3ª ed. Nova Fronteira.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, R.C.T. Desafios Atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as Exigências para os Assistentes Sociais. In: Marlene Teixeira (Org.). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo: CORTEZ, 2006. p. 218-241.

PEREIRA, P.A.P. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas de Estado e da sociedade civil. In: *Revista Ser Social* n° 6 (jan/jun. 2000).

REVISTA SABER VIVER/Profissional de Saúde. *A eterna busca pela adesão: Profissionais de saúde e pacientes superam juntos as dificuldades da terapia antiretroviral*. In: Os Desafios dos profissionais de saúde no tratamento contra a aids. Rio de Janeiro, n° 1. p.12-14, julho/2005.

SEIDL, E.M.F et al. Adesão ao tratamento antiretroviral, variáveis sociodemográficas e psicológicas: resultados preliminares. In: *Anais do IV Congresso Norte-Nordeste de Psicologia* (CD ROM). 2005. Salvador: CONPSI.

SERRA, R.M.S. A questão social hoje. In: *Revista Ser Social* n° 6 (jan/jun. 2000), p. 169-184.

SILVA, M.A. *Desafios e Perspectivas na Convivência com a soropositividade – respostas psicossociais à epidemia por HIV/AIDS*. Projeto Com-Vivência/HUB. Brasília. 1997.

STEIN, R.H. A (nova) questão social e as estratégias para seu enfrentamento. In: *Revista Ser Social* n° 6 (jan/jun. 2000), p.133-167.

**ANEXOS**

**ANEXO A – Instrumento de coleta de dados dos prontuários**

**Pesquisa adesão – Instrumento de coleta de dados dos prontuários**

**1. Nome:**

**Prontuário:**                      **Nascimento:**                      **Idade:**                      **Sexo:**

**Situação Conjugal:**

**Endereço:**

**Telefone:**

**Profissão/Ocupação:**

**2. Última dispensação de medicamentos:**

**3. Exames CD4 e Carga Viral mais recentes:**

○ **CD4:**                      **Data:**

○ **Carga Viral:**                      **Data:**

**4. Histórico do diagnóstico:**

**5. Última consulta o Hospital Universitário de Brasília/HUB – Especialidade, data e situação vivida:**

**6. Última consulta na DIP – Data, situação vivida e nome do (a) médico (a):**

**7. Última internação – Data e situação vivida:**

**8. Último atendimento no Projeto Com-vivência – Data, situação vivida e nome do profissional/estagiário:**

**9. Informações relevantes:**