

Universidade de Brasília
Faculdade de Medicina
Núcleo de Medicina Tropical

MARIE CLAIRE UWINGABIRE

**AVALIAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS
PELO PROGRAMA DE DST/AIDS DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA POR PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS**

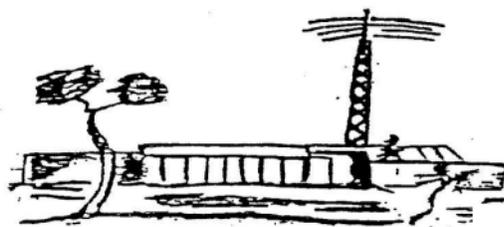
BRASÍLIA
2012

AVALIAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS PELO PROGRAMA DE DST/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

MARIE CLAIRE UWINGABIRE

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa de Pós-Graduação em Medicina Tropical da Universidade de Brasília para a obtenção do título de mestre em Medicina Tropical, na área de concentração: Epidemiologia e controle das Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientadora: Prof^a. Dra Elza Ferreira Noronha



Brasília

2012

III. FICHA CATALOGRÁFICA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1006661.

U95a Uwingabire, Marie Claire.
Avaliação sobre os cuidados prestados pelo programa de DST/AIDS do Hospital Universitário de Brasília por pessoas vivendo com HIV/AIDS / Marie Claire Uwingabire. -- 2013.
xviii, 118 f. : il ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Medicina, Núcleo de Medicina Tropical, 2013.
Inclui bibliografia.
Orientação: Elza Ferreira Noronha.

1. HIV-1. 2. AIDS (Doença) - Pacientes. 3. Indicadores de saúde. 4. Serviços de saúde pública. I. Noronha, Elza Ferreira. II. Título.

CDU 616.988

IV. COMPOSIÇÃO DA BANCA EXAMINADORA

Marie Claire Uwingabire

AVALIAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS PELO PROGRAMA DE DST/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Medicina Tropical: Epidemiologia e controle das Doenças infecciosas e
Parasitárias

DATA DA DEFESA DA DISSERTAÇÃO

03 de julho de 2012

BANCA EXAMINADORA

(Em ordem alfabética)

Dr. Cleudson Neri de Castro (Doutor)

Universidade de Brasília

Dra Elza Ferreira Noronha (Doutora)

Universidade de Brasília

Dra Maria Regina Fernandes de Oliveira (Doutora)

Universidade de Brasília

Dr. Pedro Sadi Monteiro (Doutor)

Universidade de Brasília

V. DEDICATÓRIA

À minha família pelo incentivo, em especial aos meus pais Ruth e Samson; aos meus irmãos Sonie, Yvonne e Gilbert. Um carinho especial para meu avô (in memoriam) e para minha avó que sempre foram e serão exemplos de vida para mim.

VI. AGRADECIMENTO ESPECIAL

Ao meu Deus Criador e Mantenedor de nossas vidas:

Pelas bênçãos recebidas;

Pelo caminho iluminado;

Pela sabedoria adquirida;

Pelas lutas e dificuldades vencidas;

Pelos sonhos alcançados;

Pelos amigos encontrados;

Pelas críticas recebidas;

Pelo futuro garantido;

A Deus toda honra e louvor.

AGRADECIMENTOS

Ao longo do caminho pessoas generosas contribuíram para elaboração deste trabalho. Agradeço-lhes com o coração:

À minha orientadora Prof^a Dra. Elza Ferreira Noronha pela valiosa contribuição nos novos saberes, pela motivação, disponibilidade, compreensão e tranquilidade nos momentos de dúvidas e inquietação; nunca perdendo a paciência e o bom humor ao me orientar;

Ao Prof. Dr. Cleudson Neri Castro pelas lições que dele recebi e por ter aceitado a participação na banca examinadora;

A Prof^a Dra. Maria Regina de Oliveira pelas lições que dela recebi e por ter aceitado a participação na banca examinadora;

Ao Prof. Dr. Pedro Sadi Monteiro por ter aceitado a participação na banca examinadora;

A Prof^a Dra. Eliane Seidl responsável pelo Projeto Com-vivência do HUB pela recepção, orientação;

Aos professores do Programa de Pós-Graduação da Medicina Tropical, pela generosidade com que nos repassam seus conhecimentos e experiências;

Aos colegas de mestrado pela companhia e carinho especial;

Aos usuários, profissionais e gestores do serviço onde o presente estudo foi realizado, pela receptividade à proposta do estudo, pela oportunidade de aprendizagem e pela confiança com que me receberam;

A todos os funcionários do projeto Com-vivência, funcionários do ambulatório de doenças infecciosas e parasitárias do HUB e funcionários do setor de arquivo, pela recepção, atenção e ajuda.

Aos pacientes que aceitaram participar voluntariamente desta pesquisa: Obrigada pelo imenso aprendizado profissional e pessoal, pelos ensinamentos de vida, coragem e amor; meu coração foi tocado pela

experiência de vida de cada um de vocês;

A minha família que mesmo distante sempre está presente em toda a minha vida, mostrando-me que Deus tem um plano especial para mim e que nada acontece por acaso.

Muito obrigada a todos!

“Não há satisfação maior do que aquela que sentimos quando
proporcionamos alegria aos outros”

Masaharu Taniguchi

VII. LISTA DE TABELAS E ABREVIações

Tabela 1 - Resumo global da epidemia de Aids.....	25
Tabela 2 - Agentes antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção pelo HIV.....	31
Tabela 3 - Distribuição das características das PVHA acompanhados no HUB de acordo com as variáveis sócio-demográficas, Brasília 2011-2012.....	50
Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados de acordo com variáveis sócio-econômicas, Brasília 2011-2012.....	51
Tabela 5 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados de acordo com categoria de exposição e variáveis relacionadas a rede social de apoio, Brasília 2011-2012.....	53
Tabela 6 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids de acordo com as variáveis comportamentais e hábitos de vida em relação à doença, Brasília 2011-2012.....	54
Tabela 7 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids de acordo com as variáveis clínicas , Brasília 2010-2012.....	55
Tabela 8 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids em relação ao uso de TARV, Brasília 2011-2012.....	58
Tabela 9 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis associadas ao tabagismo, Brasília 2011-2012.....	60
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis clínicas e tabagismo, Brasília 2011-2012.....	61
Tabela 11 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis associadas ao etilismo, Brasília 2011-2012.....	62

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis clínicas e etilismo, Brasília 2011-2012.....	63
Tabela 13 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo avaliação parcial dos serviços de saúde prestadas no programa DST/Aids do HUB, Brasília 2011-2012.....	64
Tabela 14 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo a percepção sobre o relacionamento entre equipe de saúde e o paciente, Brasília 2011-2012.....	65
Tabela 15 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo avaliação do atendimento por categoria profissional em relação ao atendimento, Brasília 2011-2012.....	66
Tabela 16 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo o apoio emocional recebido dos profissionais de saúde e outros pacientes, Brasília 2011-2012.....	67
Tabela 17 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo orientação dos profissionais de saúde em relação à doença (sinais, sintomas e tratamento), Brasília 2011-2012.....	68
Tabela 18 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo orientação dos profissionais de saúde em relação às medidas preventivas da doença, Brasília 2010-2012.....	68
Tabela 19 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados de acordo com diálogo mantido com profissionais da equipe de saúde, Brasília 2010-2012.....	69
Tabela 20 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados em relação ao atendimento no programa DST/AIDS, Brasília 2010-2012....	70
Tabela 21 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis sobre os serviços de saúde e tabagismo. Brasília 2011-2012.....	71
Tabela 22 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis sobre os serviços de saúde e etilismo, Brasília	

2011-2012.....	72
Tabela 23 - Distribuição dos pacientes com HIV/AIDS entrevistados segundo avaliação geral dos serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB, Brasília 2010-2012.....	73

ABREVIATÓES

AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (SÍndrome da Imunodeficiência Adquirida)
AZT	Zidovudina
CD4+	Contagem plasmática de linfócitos CD4
CV	Carga Viral
DST	Doenças sexualmente transmissíveis
DF	Distrito Federal
DIP	Doenças infecciosas e parasitárias
DP	Desvio Padrão
FM	Faculdade de Medicina
HAART	Highly Active Anti Retroviral Therapy (Terapia antirretroviral de alta potência)
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Vírus da imunodeficiência Humana)
HSH	Homossexual
HUB	Hospital Universitário de Brasília
IC	Intervalo de Confiança
IP	Inibidores de Protease
INTR	Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
INNTR	Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa
IF	Inibidores de Fusão
LACEN	Laboratório Central
LME	Lista de medicamentos essenciais
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OR	Odds Ratio ou Razão de chances
p	Valor p
PN/DST e Aids	Programa Nacional de DST e Aids
PVHA	Pessoas vivendo com HIV e Aids

RNA	<i>Ribonucleic acid</i>
SAE	Serviços de Assistência Especializada
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SPSS®	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDI	Usuário de Drogas Injetáveis
UNAIDS	Programa das Nações Unidas de Combate à Aids
UnB	Universidade de Brasília
WHO	World Health Organization

IX. ÍNDICE

I. INTRODUÇÃO.....	20
Situação epidemiológica de HIV/Aids no mundo	24
Situação epidemiológica de HIV/Aids no Brasil.....	25
Situação epidemiológica de HIV/Aids no DF.....	29
HIV/Aids e terapia antirretroviral.....	30
Adesão e terapia antirretroviral.....	32
Qualidade de assistência e serviços de saúde no programa DST/Aids...	35
II. JUSTIFICATIVA.....	40
III. OBJETIVO.....	42
Objetivo geral.....	42
Objetivos específicos	42
IV. MÉTODOS	43
Tipo de estudo.....	43
Local do estudo.....	43
População em estudo e amostra	45
Critérios de inclusão.....	45
Critérios de exclusão	46
Instrumento e fonte de dados	46
Validade de instrumento.....	46
Procedimento de pesquisa	47
Análise bioestatística dos dados.....	48
Procedimentos éticos	48
V. RESULTADOS	50
VI. DISCUSSÃO	75
VII. CONCLUSÕES.....	96
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	98
APÊNDICES.....	106
ANEXOS	118

X. RESUMO

A atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação e implantação de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, entretanto, há a necessidade de esforços na construção de um modelo que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos. A qualidade da assistência é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a Aids. O estudo teve o objetivo de avaliar os cuidados prestados pela equipe que acompanha as PVHA no HUB sob o olhar dos usuários. Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo de âmbito clínico do tipo série de casos, realizado entre setembro e dezembro de 2011. A fonte dos dados foi o questionário elaborado com 56 questões e foram consultados os prontuários médicos. Os participantes foram convidados para a entrevista no ambulatório quando compareciam para suas consultas utilizando amostragem de conveniência. Foram incluídos 95 pacientes sendo que 64,2% eram do sexo masculino e 35,8% de sexo feminino, a maioria solteiro (50,5%) e a mediana das idades foi de 42 anos. A principal categoria de exposição para HIV/Aids foi a heterossexual com 41,5%. 44,2% são fumantes, 33,7% são etilistas e 53,7% já teve uma doença oportunistas. O tempo médio do diagnóstico foi 8,5 anos ($\pm 4,8$ DP) e o tempo média de terapia com a TARV foi de 6,8 anos ($\pm 3,8$ DP). 57,9% estão em tratamento com combinação dos INTR +INNTR, a maioria apresenta boa resposta ao TARV. Nos exames recentes, 66,3% apresentam CV indetectável, e 49,5% apresentam o valor de CD4+ acima de 500mm³. Análise bivariada mostrou que os pacientes de sexo masculino tem mais chances de ser fumantes (OR= 2,64 IC =1,085 – 6,466 p =0,03) e de ser etilistas (OR =3,46 IC=1,253 – 9,588 p =0,014) . Os fumantes têm a chance de ter uma comorbidade (OR = 2,59 IC = 1,050 – 6,423 p = 0,044), e o fato de ser fumante ou etilista não influenciou em outras variáveis estudadas e também na avaliação dos serviços do programa DST/Aids. O

programa DST/Aids do HUB foi avaliado de uma maneira geral como ótimo e bom com 83,3%. Os pacientes sentem-se satisfeitos com a consulta multiprofissional, porém 25,3% dos pacientes estão insatisfeitos com o tempo de espera para consulta. A maioria está satisfeita com o atendimento e com os serviços prestados pela equipe multiprofissional, porém não têm acesso fácil às especialidades médicas, sentem falta de alguns profissionais como o enfermeiro e a nutricionista no programa e não recebem apoio emocional e orientação em relação à doença de alguns profissionais. Avaliação geral feita pelos pacientes mostrou que os serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB, em geral, são bons, e a equipe multiprofissional foi avaliada de uma maneira positiva. Trata-se de um estudo de avaliação sob a percepção do próprio paciente, que trará informações relevantes para o programa DST/Aids do HUB e que vai abrir caminhos para futuras análises.

Palavras-chave: HIV/Aids, Avaliação dos serviços de saúde; Satisfação com serviços, Cuidados prestados.

X. ABSTRACT

Health care in Brazil has invested in the formulation and implementation of policies for the promotion, protection and recovery of health; however, there is a need for efforts to build a model that prioritizes actions to improve the quality of life of individuals and collectives. The quality of care is an important determinant of the success of programs aimed at chronic diseases, such as Aids. The study aimed to evaluate the care provided by the staff accompanying the PVHA in HUB under the eyes of users. This is a descriptive epidemiological study of the clinical type of case series, conducted between September and December 2011. The source of data was the questionnaire with 56 questions and medical records were consulted. The participants were invited for interview at the clinic when they came to their queries using a convenience sample. We included 95 patients of which 64.2% were males and 35.8% females, mostly single (50.5%) and the median age was 42 years. The main risk factor for HIV/Aids was heterosexual with 41.5%. 44.2% are smokers, 33.7% were alcoholics and 53.7% have had an opportunistic disease. The mean time from diagnosis was 8.5 years (SD \pm 4.8) and the average time of treatment with HAART was 6.8 years (\pm 3.8 SD). 57.9% are in treatment with INTR + INNTR combination of, most have good response to HAART. In recent surveys, 66.3% had undetectable CV, and 49.5% present value of CD4 + 500mm³. Bivariate analysis showed that male patients are more likely to be smokers (OR = 2.64 CI = 1.085 to 6.466 p = 0.03) and to be drinkers (OR = 3.46 CI = 1.253 to 9.588 p = 0.014). Smokers have the chance of having a comorbidity (OR = 2.59 CI = 1.050 to 6.423 p = 0.044), and being a smoker or drinker does not affect other variables as well as the evaluation of program services STD / AIDS. The program DST/Aids of the HUB was rated as generally very good and good with 83.3%. Patients feel satisfied with the multidisciplinary consultation, but 25.3% of patients are dissatisfied with the waiting time for

consultation. Most are satisfied with the care and services provided by the multidisciplinary team, but do not have easy access to medical specialties, they miss some professionals such as nurse and dietitian in the program and do not receive emotional support and guidance in relation to disease of some professionals. Overall assessment made by patients showed that health services program DST/Aids of the HUB in general are good, and the multidisciplinary team was evaluated in a positive way. This is an evaluation study on the perception of the patient, which will provide information relevant to the program DST/Aids and the HUB that will open avenues for future research.

Keywords: HIV/Aids, evaluation of health services, satisfaction with services, care provided.

I. INTRODUÇÃO

O interesse crescente pela satisfação dos usuários no setor de saúde teve início na década de 1970, baseado em aspectos técnicos e estruturais da qualidade da atenção. Nas últimas décadas, esse tema vem sendo considerado um componente importante na qualidade do cuidado, bem como provedor de informações confiáveis e adequadas sobre a opinião do público em relação aos serviços oferecidos, o que permite seu aprimoramento (Adami & Maranhão 1995; Dias et al. 2010).

O termo satisfação do paciente é definido como sendo o grau de congruência entre as expectativas do paciente quanto ao cuidado da equipe de saúde e sua percepção sobre o cuidado recebido. A satisfação do paciente pode ser também definida como uma avaliação positiva das dimensões do cuidado de saúde e também uma percepção subjetiva que pode ser considerada como realidade (Oliveira & Guirardello 2006; Odicino & Guirardello 2010).

Nas últimas décadas, a satisfação do paciente tem sido considerada como um critério para avaliar a qualidade do cuidado nos serviços de saúde. Sendo assim, uma das preocupações dos pesquisadores tem sido conhecer a percepção do paciente sobre o cuidado recebido. Isso ocorre não somente pelo fato da satisfação do paciente ser um fator importante para aumentar a demanda de serviços e ter efeitos na conduta dos profissionais que prestam o cuidado, mas também por ser considerado um indicador para avaliar a qualidade da assistência (Oliveira & Guirardello 2006).

A avaliação de políticas e programas é essencial em saúde pública, pois contribui para os esforços em busca de uma sociedade mais saudável e previne o desperdício de recursos com a implantação de programas ineficazes (Facchini et al. 2006; Dias et al. 2010).

Na avaliação dos benefícios das políticas de saúde à população, o conhecimento dos arranjos, satisfação do usuário e peculiaridades locais dos serviços de saúde é requisito básico (Dias et al. 2010). Entretanto, ao avaliar o efeito de uma política de saúde no desempenho dos serviços e na situação de saúde da população é preciso valorizar o sinergismo entre os determinantes vinculados à política de saúde, aos serviços de saúde (estruturas, recursos humanos e processos) e ao estado de saúde e às necessidades das populações (Donabedian 1996, Facchini et al. 2006).

Historicamente, a atenção à saúde no Brasil tem investido na formulação, implementação e concretização de políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde. Porém, há necessidade de um grande esforço na construção de um modelo de atenção à saúde que priorize ações de melhoria da qualidade de vida dos sujeitos e coletivos (Brasil 2006).

Para Malta et al. (2009), a promoção e proteção à saúde da população, a prevenção de doenças e agravos à saúde e seus fatores de risco, assim como a garantia de acesso à assistência são objetivos centrais dos sistemas e serviços de saúde. Para garantir que todas as estratégias de produção de saúde componham uma linha de cuidado integral e efetivo é necessário estruturar um sistema de saúde capaz de combinar adequadamente um conjunto de estratégias e medidas de alcance individual e coletivo, de responsabilidade tanto de setores específicos da saúde quanto de fora da instituição.

Conforme a Lei nº8.080, de 19 de setembro de 1990, a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. É dever do estado garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Segundo Melchior et al. (2006), a qualidade da assistência é um importante determinante do sucesso de programas dirigidos a doenças crônicas, como a Aids. Além do impacto na mortalidade e na qualidade de

vida dos pacientes, a assistência bem conduzida pode contribuir para o controle da epidemia. A situação institucional desses serviços é bastante variável. No Brasil, há serviços agregados a Unidades Básicas de Saúde (UBS), ambulatoriais estaduais em grandes hospitais, serviços especializados, municipais, estaduais ou universitários, exclusivamente dedicados à assistência à Aids.

No entanto, mesmo que as percepções de um serviço dependam de certo grau de julgamento pessoal, é importante que o profissional de saúde objetive conhecer as expectativas de seus clientes para então buscar melhorias de desempenho que favoreçam uma percepção positiva. As melhores idéias para aprimorar os serviços vêm dos clientes que dependem dos produtos e serviços. Os clientes podem julgar a qualidade percebida dos serviços de saúde e também sugerir ideias úteis de melhoria (Fadel & Filho 2009).

Para Franco & Campos (1998), a avaliação da qualidade dos serviços de saúde é uma preocupação antiga. Atualmente verifica-se uma vigorosa retomada do tema. Relatos demonstram que desde o século passado avaliaram-se os serviços de saúde de modo mais ou menos sistemático e nas últimas décadas, a maior parte da literatura sobre o assunto tem se concentrado em medições clínicas. A maioria destes trabalhos provém de países desenvolvidos.

Diversos enfoques têm sido dados à avaliação, refletindo as diferentes concepções sobre a qualidade da atenção à saúde. Atualmente reconhece-se essa diversidade conceitual como decorrente das diferentes posições que os atores ocupam no sistema de atenção à saúde, sejam eles os profissionais, as organizações de assistência, os usuários etc. (Franco & Campos 1998).

Portanto, para autores acima citados, avaliar é um passo necessário quando se estabelece a meta de buscar a qualidade na atenção à saúde. Os métodos propostos para a avaliação estão obviamente relacionados aos seus propósitos e irão influir diretamente em seus resultados.

O acesso das pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) a uma assistência de saúde de qualidade representa um dos maiores desafios para os sistemas de saúde, principalmente nos países em desenvolvimento. O ritmo acelerado da expansão da epidemia nos países pobres tem acarretado uma crescente demanda por cuidados médicos, incluindo o uso de terapia antirretroviral (TARV), o que impõe aos governantes a necessidade premente de buscar soluções economicamente viáveis para a questão (Oliveira et al. 2002).

Segundo Travassos & Martins (2004), a utilização dos serviços de saúde representa o centro do funcionamento dos sistemas de saúde. O conceito de uso compreende todo contato direto como consultas médicas, hospitalizações ou contato indireto como realização de exames preventivos e diagnósticos com os serviços de saúde.

O processo de utilização dos serviços de saúde é resultado da interação do comportamento do indivíduo que procura cuidados e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde. O comportamento do indivíduo é geralmente responsável pelo primeiro contato com os serviços de saúde, e os profissionais de saúde são responsáveis pelos contatos subsequentes. Os profissionais, em grande parte, definem o tipo e a intensidade de recursos consumidos para resolver os problemas de saúde dos pacientes (Travassos & Martins 2004).

A importância da avaliação feita pelos usuários de serviços é cada vez mais citada atualmente, sobretudo enfocando a busca da qualidade nos hospitais. Afinal, o atendimento aos usuários constitui finalidade de todo hospital. Outro aspecto citado é a importância da análise das observações e sugestões feitas pelos usuários, pois fornecem dados que podem contribuir bastante para a melhoria da qualidade de um hospital. A própria sobrevivência do hospital depende da aprovação pelo seu usuário. Muitas estratégias para melhoria de serviços de saúde estão baseadas na satisfação do usuário. Ouvir e observar o comportamento dos usuários dentro dos hospitais é fundamental para a compreensão e melhoria da organização do serviço e do ambiente hospitalar (Kotaka et al. 1997).

Situação epidemiológica de HIV/AIDS no mundo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença que representa um dos maiores problemas de saúde da atualidade em virtude de seu caráter pandêmico. Os infectados pelo HIV evoluem para grave disfunção do sistema imunológico, na medida que vão sendo destruídos os linfócitos T e CD4+, umas das principais células-alvo do vírus (Brasil 2005, Brito et al. 2006).

A doença possui elevadas morbidade e mortalidade, com perspectivas de um contínuo crescimento e propagação em todos os continentes. As possibilidades de controle dessa pandemia ainda parecem difíceis, apesar do desenvolvimento de novas terapias e do esforço mundial na busca de uma vacina eficaz contra a infecção (Ceccato et al. 2004).

No início da década de 1980, a epidemia atingiu principalmente os usuários de drogas injetáveis, e homens que fazem sexo com homens (HSH), assim como os indivíduos que receberam transfusão de sangue e hemoderivados. Já nos últimos anos da década de 1980 e início dos anos 1990, a epidemia assumiu outro perfil: a transmissão heterossexual passou a ser a principal via de transmissão do HIV, a qual vem apresentando maior tendência de crescimento em anos recentes, acompanhada de uma expressiva participação das mulheres na dinâmica da epidemia (Brito et al. 2006).

Os dados epidemiológicos são alarmantes: de acordo com os dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre a epidemia do HIV/Aids (UNAIDS- Aids epidemic update, December 2011), o total estimado de pessoas vivendo com HIV e AIDS no mundo (adultos e crianças), passou de 32,9 milhões em 2009 para 34 milhões em 2010. O número das novas infecções por ano continua estabilizado em 2.4 milhões desde 2007, e o de morte caiu para 1.9 milhão em 2009 para 1.8 milhão em 2010. Na população infantil a doença reduziu de 430 mil em 2009 para 390 mil em 2010.

Tabela 1 - Resumo global da epidemia de Aids

Variáveis	Adultos	Mulheres	Crianças	Total
	(milhões)	(milhões)	(< de 15 anos)	(milhões)
	f (variação)	f (variação)	f (variação)	f (variação)
Numero de pessoas vivendo com HIV em 2010	30,1 (28,4 – 31,5)	16,8 (15,8 – 17,6)	3,4 (3,0 – 3,8 milhões)	34,0 (31,6 – 35,2)
Pessoas novas infectadas por HIV em 2010	2,3 (2,1 – 2,5)	-	390 (340 – 450 mil)	2,4 (2,4 – 2,9)
Óbitos por Aids relatadas em 2010	1,5 (1,4 – 1,6)	-	250 (220 – 290 mil)	1,8 (1,6 – 1,9)

Nota: *AIDS epidemic update December 2011 UNAIDS*
 Fonte: UNAIDS 2011

Situação epidemiológica de HIV/AIDS no Brasil

De acordo com último Boletim Epidemiológico de 2011, desde o início da epidemia, em 1980, até junho de 2011, o Brasil tem 608.230 casos registrados de Aids . Em 2010, foram notificados 34.218 casos da doença e a taxa de incidência de Aids no Brasil foi de 17,9 casos por 100 mil habitantes. Atualmente, ainda há mais casos da doença entre os homens do que entre as mulheres, mas essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos. Esse aumento proporcional do número de casos de Aids entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos . Em 1989, a razão de sexos era de cerca de 6 casos de Aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino. Em 2010, chegou a 1,7 caso em homens para cada 1 em mulheres (Brasil 2011).

De 1980 a junho de 2011, no Brasil, foram notificados 14.127 casos de aids em menores de cinco anos. Em 2010 foram notificados 482 novos casos, com taxa de incidência de 3,5/100.000 habitantes. De 1980 a 2010, ocorreram 241.469 óbitos tendo como causa básica a Aids. Em 2010

ocorreram 11.965 óbitos, com coeficiente bruto de mortalidade de 6,3/100.000 habitantes. Considerando o coeficiente de mortalidade padronizado (População brasileira de 2000, IBGE), nos últimos 10 anos observa-se redução de 11,1% na mortalidade por Aids no Brasil, mas segundo regiões a mortalidade aumentou no Norte, Nordeste e Sul, diminuiu no Sudeste, e estabilizou no Centro-Oeste (Brasil 2011).

Em 2010 foram notificados no Brasil 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos. Em 2010, a única região com uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional foi a Região Sul com 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos (Brasil 2011).

Na década de 1980, a epidemia de Aids no Brasil atingia principalmente as regiões metropolitanas de São Paulo e do Rio de Janeiro, e os casos caracterizavam-se, em sua maioria, por serem do sexo masculino, por terem alto nível socioeconômico e por pertencerem às categorias de transmissão homossexual e bissexual masculinos, além dos portadores de hemofilia ou receptores de sangue (Rodrigues-Junior & Castilho 2004). O grupo etário mais acometido, em ambos os sexos, estava entre 20 e 39 anos de idade (Brito et al. 2001). As taxas de incidência declinaram ao longo do tempo, porém, segundo dados do Ministério da Saúde (MS), entre os anos de 1996 e 2006, houve um aumento da taxa de incidência entre indivíduos com mais de 60 anos de idade. Para essa faixa etária, nos homens, a taxa de incidência passou de 5,8 para 9,4, e nas mulheres, cresceu de 1,7 para 5,1 por 100.000 habitantes (Brasil 2007).

Em 1990, 25,2% dos jovens de 15 a 24 anos infectados pelo HIV eram homens que fazem sexo com outros homens (HSH). Em 2010, essa proporção aumentou para 46,4%. Acompanhando a tendência observada entre os jovens do sexo masculino, a prevalência na população de jovens HSH (17 a 20 anos) também aumentou, passando de 0,56% para 1,2%, praticamente o dobro, entre 2002 e 2007, enquanto que nas mulheres de faixa etária semelhante (15 a 24 anos), a prevalência manteve-se constante em torno de 0,24%. Entre os jovens HSH de 18 a 24 anos, a prevalência

atingiu 4,3%. Quando comparados com os jovens em geral, a chance de um jovem HSH estar infectado pelo HIV é 13 vezes maior (Brasil 2011).

A epidemia da infecção pelo HIV/Aids constitui fenômeno global, dinâmico e instável, traduzindo-se por verdadeiro mosaico de sub epidemias regionais. Resultante das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção revela epidemia de múltiplas dimensões que vem sofrendo transformações epidemiológicas significativas. Inicialmente restrita aos grandes centros urbanos e marcadamente masculina, a atual epidemia caracteriza-se pelos processos de heterossexualização, feminização, interiorização e pauperização (Brito et al. 2001).

Para autores, as mudanças no perfil da Aids no Brasil devem-se à difusão geográfica da doença a partir dos grandes centros urbanos em direção aos municípios de médio e pequeno porte, ao aumento da transmissão por via heterossexual e ao persistente crescimento dos casos entre usuários de drogas injetáveis. O aumento da transmissão por contato heterossexual implica no crescimento substancial de casos em mulheres, o qual tem sido apontado como uma das mais importantes características do atual quadro da epidemia no Brasil.

Segundo o último Boletim Epidemiológica de 2011, após 30 anos do surgimento da doença, o Brasil tem como característica uma epidemia estável e concentrada em alguns subgrupos populacionais em situação de vulnerabilidade. A taxa de prevalência da infecção pelo HIV, na população de 15 a 49 anos, mantém se estável em 0,6% desde 2004, sendo 0,4% entre as mulheres e 0,8% entre os homens. Em relação aos grupos populacionais em situação de maior vulnerabilidade, com mais de 18 anos, estudos realizados em 10 municípios brasileiros entre 2008 e 2009, estimaram taxas de prevalências de HIV de 5,9% entre usuários de drogas ilícitas (UDI), de 10,5% entre os HSH e de 4,9% entre mulheres profissionais do sexo. Apesar da estabilidade da Aids no Brasil, a doença está longe de ser um problema superado pois são 35 mil novos casos por ano, ou quase 100 novas infecções por dia. A mortalidade resultante da doença também diminuiu

bastante nos últimos anos, mas ainda é expressiva: são em média 11 mil mortes por ano.

Para alcançar o acesso universal à prevenção, tratamento, assistência e apoio às PVHA até 2015, o cenário global requer como plano de metas, uma ampliação de financiamento em torno de US\$ 22-24 bilhões em 2015, em consonância com as metas estabelecidas em 2011 na declaração política das nações unidas sobre HIV/Aids. Se a plena implementação do novo marco é alcançada nos próximos quatro anos, as necessidades de recursos a nível global atingirão seu patamar em 2015 e depois diminuirão gradualmente, tornando a resposta à epidemia de Aids uma excelente oportunidade de investimento onde o retorno irá compensar o custo inicial em menos de uma geração. No final de 2010 cerca de 15 bilhões de dólares americanos estavam disponíveis para a resposta à Aids em países de baixa e média renda. O financiamento dos doadores foi reduzido em 10% de US \$ 7,6 bilhões em 2009 para US\$ 6,9 bilhões de dólares em 2010. Em um clima econômico difícil, o futuro dos investimentos para o controle da Aids no mundo depende de investimentos inteligentes. Para reduzir rapidamente a novas infecções pelo HIV e para salvar vidas, o relatório global do UNAIDS de 2011 do dia internacional da Aids destaca que a responsabilidade compartilhada é primordial.

O Brasil tem investido durante anos no acesso aos serviços de prevenção e tratamento do HIV/Aids, sobretudo, nas populações vulneráveis e marginalizadas. Em 2008, o país investiu mais de 600 milhões de dólares o que é considerado próximo do necessário para uma resposta completa da epidemia. O UnaidS compara o Brasil com a Rússia, que fez um investimento da mesma magnitude (800 milhões de dólares), mas que não aplicou bem os fundos e não obteve o sucesso esperado. Entre os países com renda per capita baixa e média, o Brasil aparece na lista daqueles que tratam com antirretrovirais entre 60 e 79% do total de pessoas que precisariam estar recebendo estes medicamentos, ficando atrás de países como Botsuana, Camboja, Ruanda, Chile e Guiana, que tratam mais de 80% das pessoas (UNAIDS 2010).

Situação epidemiológica de HIV/AIDS no Distrito Federal (DF)

Segundo a secretaria de saúde do DF, o programa de DST/Aids foi estruturado em 1982, com o relato dos primeiros casos de Aids diagnosticados nos Estados Unidos da America , por meio de uma portaria da secretaria de saúde do DF que implantou o programa em 12 centros de saúde . Em 1984, o atendimento às DSTs foi descentralizado para a rede de saúde pública, e atualmente, o atendimento das PVHA é realizado em 8 centros de referência, onde é oferecida uma assistência multidisciplinar, assim como realizada a distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais. O Programa de DST/Aids no DF conta ainda com a parceria do HUB e está sob a responsabilidade da gerência de DST/Aids da secretaria de saúde, que é responsável também pela implantação e supervisão da política de prevenção e controle das DST/Aids no âmbito do DF.

No DF, desde a identificação do primeiro caso de Aids, em 1985, até outubro de 2010, já foram identificados 6.803 mil casos da doença. A incidência de Aids tem-se mantido no período de 1999 a 2008 em torno dos 18 casos por 100.000 habitantes. Em 2008 e 2009, a incidência foi de 12,3/100.000hab. Esses dados ainda são parciais, pois ainda se observa dificuldade de notificação oportuna dos casos pela rede de saúde do DF (Brasil 2010).

As localidades do DF com os maiores coeficientes de incidência da Aids, no período de 2007 a 2008, foram, em ordem decrescente: SCIA (Estrutural), SIA, Paranoá, Sobradinho e Taguatinga. No período de 1982 a 1999, 17,6% dos casos diagnosticados no DF foram de residentes em outros estados, principalmente do estado do Goiás (12,2%). Entre 2000 e 2005, cerca de 20% dos casos pertenciam a outras Unidades Federadas (19,0% residentes no Goiás), esse percentual se manteve nos últimos 5 anos. Com relação às taxas de incidência, segundo sexo e faixa etária, em ambos os

sexos, as maiores taxas estão na faixa etária de 30 a 49 anos. Ao longo da série histórica percebe-se um incremento das taxas de incidência de Aids na faixa etária de 20 a 29 anos e de maiores de 50 anos (Brasil 2010).

O coeficiente anual de mortalidade por Aids apresentou quedas sucessivas entre 1996 e 2001. Em 1996, antes da associação dos inibidores de protease ao conjunto de medicamentos usados no tratamento, o coeficiente foi de 11,6 óbitos por 100 mil habitantes. Em 2002, apresentou crescimento (passou de 4,6 por 100 mil habitantes em 2001 para 6,4 por 100 mil habitantes em 2002). De 2003 a 2008, o coeficiente voltou a cair, atingiu, respectivamente, em cada ano, 5,1; 5,0; 4,9; 4,7; 4,4 e 4,2 óbitos por 100 mil habitantes. Desde o início da notificação compulsória da gestante HIV+ no DF, em 2000, foram detectados 538 casos. A razão de detecção dessa infecção em gestantes no DF foi em média de 1,2 casos por 1.000 nascidos vivos no período de 2001 a 2010. Os dados mostram que entre o período de 1996 a 2010, o DF registrou 1.850 óbitos (Brasil 2010).

HIV/AIDS e terapia antirretroviral (TARV)

Apesar de vários estudos a cerca da Aids, ainda não foi revelada uma terapêutica de eficácia comprovada para a sua cura, existindo no entanto, uma terapia combinada de medicamentos antirretrovirais (TARV), que tem como função de inibir a produção de novos vírus e auxiliar na profilaxia de infecções oportunistas (Bonolo et al. 2007).

O principal objetivo da TARV é, por meio da inibição da replicação viral, retardar a progressão da imunodeficiência e restaurar, tanto quanto possível, a imunidade, aumentando o tempo e a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV ou Aids (Brasil 2008; WHO 2002).

Para WHO (2002), os medicamentos antirretrovirais pertencem a duas classes principais:

- i) inibidores da transcriptase reversa (ITR);
- ii) inibidores da protease (IP).

ITR por sua vez dividem-se em três grupos:

- i) inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa (INTR);
- ii) inibidores não-nucleosídicos da transcriptase reversa (INNTR)
- iii) inibidores de Fusão (IF)

A tabela 2 abaixo apresenta as drogas antirretrovirais aprovadas para inclusão na Lista de Medicamentos Essenciais (LME) da OMS desde Abril de 2002:

Tabela 2 - Agentes antirretrovirais utilizados no tratamento da infecção pelo HIV

<i>INTR</i>	<i>INNTR</i>	<i>INtTR</i>	<i>IP</i>	<i>IF</i>
Abacavir	Efavirenz		Amprenavir	Enfuvirtide
Didanosina	Nevirapina	Tenofovir	Atazanavir	
Lamivudina			Indinavir	
Estavudina			Lopinavir	
Zidovudina			Ritonavir	
Entrecitabina			Saquinavir	
			Tefranavir	
			Darunavir	

Fonte: WHO 2003

A historia natural da Aids vem sendo alterada, consideravelmente, pela TARV que retarda a evolução da infecção, até o seu estágio final, em que surgem as manifestações definidoras de Aids. E juntamente com as campanhas de prevenção, a terapia parece estar contribuindo para a estabilização do crescimento da epidemia de Aids no Brasil e nos países que garantem essa terapia (Dourado et al. 2006; Brasil 2008).

Em seu estudo, Dourado et al. (2006), confirmaram que os novos regimes terapêuticos têm demonstrado a grande importância na capacidade de diminuir ou mesmo de tornar indetectável a carga viral do HIV e reduzir a morbidade e mortalidade relacionada à Aids.

Por isso, o tratamento tem que ser usado em caráter permanente e contínuo. O resultado da TARV é a de uma redução dramática da morbidade e mortalidade nas pessoas infectadas pelo HIV e há vários requisitos para o uso da TARV com sucesso. Estes incluem esforços consideráveis para manter a adesão ao tratamento ao longo da vida e monitorizar a resposta ao tratamento, toxicidade medicamentosa, e interações medicamentosas (Brasil 2008).

Adesão e terapia antirretroviral

Com o advento dos antirretrovirais no tratamento da Aids observou-se uma melhora significativa na qualidade de vida dos pacientes. Com isto a Aids passa a ter características de uma doença crônica, mas apesar do grande benefício gerado por esta terapêutica, restam ainda muitas dificuldades a serem superadas. Uma delas é a adesão do paciente ao seu tratamento (Figueiredo et al. 2001).

A adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração do regime terapêutico no cotidiano das PVHA, pressupondo sua participação nas decisões. Essa adesão pode ser entendida não só como a ingestão de medicamentos, mas também como vínculo com a equipe de saúde, acompanhamento clínico laboratorial, adequação aos hábitos e às necessidades individuais e negociação entre os usuários e os profissionais no reconhecimento de responsabilidades específicas de cada um com vistas à autonomia (Padoin et al. 2010).

Com a introdução da TARV combinada como padrão de qualidade no tratamento das PVHA, a adesão do paciente aos esquemas terapêuticos com múltiplas drogas tornou-se fundamental no manejo clínico da Aids (Brasil 2008).

Segundo Ceccato et al. (2004), nos últimos anos, tem sido observada uma importante diminuição na frequência das internações hospitalares, da

ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada ao HIV; em diversos países a infecção pelo HIV passou a ser vista como uma doença de caráter evolutivo crônico e potencialmente controlável. Embora isto esteja relacionado a diversos fatores de melhoria no cuidado clínico e a alguns aspectos epidemiológicos, o papel da terapia combinada, particularmente com o advento dos inibidores de protease, foi fundamental nesse novo cenário.

A não adesão ao TARV está diretamente relacionada com o desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falha da resposta terapêutica e surgimento de cepas virais multirresistentes comprometendo o prognóstico do indivíduo. Assim, todo o imenso investimento na pesquisa e desenvolvimento de drogas antirretrovirais, bem como na tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia poderão ser perdidos, se não forem elaboradas e padronizadas algumas estratégias que visem a aumentar a adesão do paciente portador de HIV/Aids ao tratamento (Carvalho et al. 2003; Luiz et al. 2001).

Alguns obstáculos são freqüentemente responsáveis pela diminuição da resposta sustentada ao tratamento: a condição clínica do paciente, a piora imunológica, o aumento da carga viral, que em conjunto ou individualmente são responsáveis pela determinação de falha terapêutica de esquema antirretroviral (Macedo et al. 2009).

Segundo Brasil (2006), a falha de resposta ao esquema terapêutico pode ocorrer por diferentes motivos, incluindo adesão inadequada, presença de comorbidades, resistência viral prévia a um ou mais agentes, absorção gastrintestinal alterada, interações medicamentosas e potência baixa do esquema antirretroviral. Quando possível, a causa da falha deve ser identificada e corrigida porque o uso incorreto dos medicamentos acelera o processo de seleção de cepas virais resistentes.

É importante certificar-se de que o paciente esteja realmente fazendo uso dos medicamentos na posologia adequada. Problemas de adesão motivados por hábitos de vida, aspectos psicológicos ou psiquiátricos ou relacionados com toxicidade ou interações medicamentosas podem interferir

na manutenção de níveis adequados das drogas antirretrovirais no sangue e em outros compartimentos corporais ocasionando a falha terapêutica (Brasil 2006).

É por isso que a adesão ao TARV assume importância crucial diante da perspectiva de uma vida longa e com qualidade. A eficácia do tratamento exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas. A adesão insatisfatória pode estar associada à má resposta terapêutica que leva ao desenvolvimento de resistência viral (Brito et al. 2006; Bonolo et al. 2007; Paterson et al. 2000; Philips et al. 2005; Smith 2004).

A taxa de adesão para tratamento de doenças crônicas é, em geral, baixa, e isso se agrava, significativamente, quando associado a uma doença com limitada perspectiva de sobrevida. Alguns fatores identificados como limitantes ou impeditivos da adesão do indivíduo à consulta e à terapêutica são aqueles relacionados às características do indivíduo, características da doença e do tratamento por ela implicado, relação equipe de saúde / indivíduo, inserção social e também fatores como distância geográfica do serviço de saúde e dificuldades no acesso à consulta (Gir et al. 2005).

Para autores, a não adesão aos medicamentos antirretrovirais em geral, tem sido considerada como um dos mais ameaçadores perigos para a efetividade do tratamento, na dimensão individual, e para a disseminação de vírus resistente, levando a falha terapêutica. Os estudos que têm avaliado fatores de não adesão à TARV apontaram fatores étnicos, uso de drogas e fatores socioeconômicos como relevantes. A falta de adesão total ao tratamento pode ser atribuída ainda a problemas psicológicos, culturais e sociais (Colombini et al. 2006).

O Brasil foi um dos primeiros países em desenvolvimento a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996 e, a terapia modificou o curso da epidemia de Aids, alterando sua evolução e tendências (Dourado et al. 2006).

Estudos realizados sobre a epidemia de Aids após introdução de TARV vêm apontando mudanças temporais da epidemia de Aids no país, com tendência à estabilização das taxas de incidência, sobretudo a partir de 1997, período que coincide com a introdução universal da TARV. No entanto, a desaceleração da tendência da epidemia no Brasil não ocorreu de forma homogênea e há dificuldades para adesão ao tratamento entre pessoas que vivem com Aids (Dourado et al. 2006).

A qualidade de assistência e serviços de saúde no programa DST/AIDS

Segundo Brasil (2008), a importância do trabalho em equipe na assistência ambulatorial, como forma de responder à complexidade da Aids, assumiu destaque com a proposta de implantação dos Serviços de Assistência Especializada (SAE) em HIV/Aids pelo MS. Foram estabelecidos padrões mínimos de funcionamento quanto à estrutura do cuidado, incluindo, entre outros requisitos, a existência de uma equipe mínima, visando à oferta de uma assistência humanizada e de qualidade, baseada na integralidade da atenção às PVHA.

Desde o início da epidemia de Aids, o Brasil expandiu expressivamente o número de serviços de atenção às PVHA. Hoje, em todo o país, mais de 600 serviços do SUS prestam assistência ambulatorial às PVHA. Esses serviços possuem diferentes configurações institucionais: são ambulatórios gerais em grandes hospitais ou de especialidades, unidades básicas de saúde (UBS), postos de saúde, policlínicas e serviços especializados, municipais, estaduais ou universitários, exclusivamente dedicados à assistência de DSTs/Aids. São administrados, também, de diferentes formas: por União, estados, municípios, universidades,

organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas com o SUS (Brasil 2008; Melchior et al. 2006).

O MS, por meio do Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/Aids), produz normas gerais para os serviços e é responsável pela provisão de suprimentos estratégicos, como antirretrovirais e testes de carga viral e de contagem de linfócitos CD4+. Exceto por esses recursos, a estrutura dos serviços depende das características regionais/locais do programa e do sistema de saúde (Melchior et al. 2006).

Esses serviços têm infra-estrutura e recursos bastante dependentes das conjunturas locais. A necessidade de conhecer as características da assistência e avaliar a qualidade de serviços tão diversos levou o PN-DST/Aids a estabelecer parcerias com a equipe Qualiaids visando à criação de mecanismos de monitoramento e avaliação que contribuam para o aprimoramento da assistência em HIV e Aids no SUS (Brasil 2008).

O sistema qualiaids é um sistema de auto-avaliação da qualidade da assistência ambulatorial dos serviços do SUS que assistem PVHA no Brasil. O questionário qualiaids foi desenvolvido e validado em 2000 pela equipe de pesquisa qualiaids com o apoio do MS. Em 2007, o questionário eletrônico qualiaids foi oficialmente implantado pelo PN-DST/AIDS, por meio de um sistema online, cujo objetivo é auxiliar gerentes e equipes locais responsáveis pela assistência ambulatorial às PVHA e os níveis gerenciais regionais e centrais dos Programas de DST/Aids na avaliação e monitoramento da qualidade da assistência, pois a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde é a principal estratégia para a redução da mortalidade e morbidade relacionadas à Aids, ao lado do diagnóstico precoce. O PN-DST/Aids e a equipe qualiaids esperam que a disseminação do questionário qualiaids colabore para a melhoria continuada da atenção às PVHA no Brasil (Brasil 2008).

Porém, para Oliveira et al. (2002), no Brasil, país que possui um programa nacional de controle da infecção pelo HIV/Aids considerado como um modelo para o mundo, muitas questões estão na ordem do dia, incluindo a qualidade da assistência.

Avaliar a qualidade do serviço prestado por hospitais, clínicas e profissionais da saúde tem sido um campo de estudo de diversos pesquisadores e uma necessidade dos diversos contratantes de serviços, sejam eles públicos ou privados (Neves 2010).

A informação a respeito da satisfação do paciente é tão indispensável para a avaliação da qualidade como o desenho e a administração dos sistemas de cuidados de saúde. Considera-se, ainda, que a qualidade da assistência é determinada pelo resultado, traduzido na obtenção da saúde e na satisfação dos usuários. O nível de satisfação do usuário reflete a qualidade nos diversos momentos do atendimento. Assim, o modo como os cuidados técnicos são dispensados ou recebidos, no relacionamento cliente/serviço de saúde, é um importante indicador para avaliar a qualidade da assistência. A boa relação entre os profissionais e o paciente é a maior contribuição que se pode oferecer ao último, com efeitos positivos no tratamento (Jorge et al. 2007).

Para Fadel & Filho (2009), a qualidade dos serviços pode ser avaliada pelos clientes por meio dos seus componentes tangíveis e intangíveis. A tangibilidade de um serviço é aquilo que o cliente vê e sente, como a aparência física do local de trabalho. Os componentes intangíveis são amabilidade e cordialidade da equipe, ou seja, os que estão diretamente ligados ao relacionamento da equipe profissional com os clientes. Portanto, conforme autores, a avaliação da qualidade baseia-se em critérios objetivos e subjetivos. Conhecer a avaliação dos clientes internos (funcionários) e externos (usuários), a respeito da qualidade do serviço público, pode ser um primeiro passo para o desenvolvimento de ações que levarão a melhorias, tanto por parte do gestor do sistema, que precisa conhecer o entendimento de ambos os clientes para poder melhor direcionar suas estratégias e ações, como por parte dos próprios profissionais que, entendendo a avaliação da qualidade sob a perspectiva de seus clientes, estarão mais preparados para atender suas expectativas.

Tal avaliação é comprovada por Melchior et al. (2006) ao afirmarem que uma assistência bem conduzida causa um impacto positivo na redução

da mortalidade e na qualidade de vida dos pacientes, podendo contribuir para o controle da epidemia da Aids. Nemes et al. (2004), afirma que a qualidade da assistência refere-se ao processo do cuidado, articulando a universalidade e a integralidade. Esta última depende de diferentes dimensões do trabalho: das trocas entre os sujeitos, da organização do trabalho, da interdisciplinaridade, da contínua incorporação de novos saberes e práticas às ações de saúde. Quanto à universalidade da atenção à saúde, não depende unicamente do acesso, o que levaria a um modelo centrado no atendimento, mas da qualidade do cuidado, caracterizado pela complexidade e amplitude das ações assistenciais.

Para Vaitsman & Andrade (2005), as primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente. O objetivo era conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos. Portanto, estas pesquisas foram antecedidas por estudos que, na área das ciências sociais e humanas, focalizavam as relações médico-paciente no contexto da clínica ou do ambiente hospitalar. Existem vários modelos que medem a satisfação do paciente, mas todos têm como pressupostos as percepções do paciente em relação às suas expectativas, valores e desejos.

A satisfação do paciente pode ser definida como “as avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde”. Estas avaliações expressariam uma atitude, uma resposta afetiva baseada na crença de que o cuidado possui certos atributos que podem ser avaliados pelos pacientes (Vaitsman & Andrade (2005).

Segundo Schimith & Lima (2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja.

Fernandes et al. (2008), defendem que a satisfação do usuário é um dos fatores que determina a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e por meio da qual se obtêm dados sobre expectativas e buscam-se soluções para a melhoria do serviço prestado. A satisfação no serviço é uma combinação entre a qualidade técnica e a qualidade funcional. A primeira pode ser entendida como a satisfação do cliente com o serviço recebido, com a competência do profissional, a segunda como a satisfação com a relação entre o profissional-paciente, que pode ser compreendida como a satisfação com o relacionamento, e se traduz mais pelo lado afetivo/ pessoal do paciente.

Vem crescendo a importância de avaliar a perspectiva do usuário quando se aborda a qualidade dos serviços de saúde. O papel do usuário como protagonista do sistema de saúde tem impacto direto na melhoria do serviço. Assim, é fundamental conhecer como os usuários avaliam o atendimento prestado, para repensar as práticas profissionais ou intervir sobre a forma de organização dos serviços, visando seu aperfeiçoamento (Dias et al. 2010).

II. JUSTIFICATIVA

Um dos indicadores da qualidade da assistência à saúde é a satisfação do paciente. Vários estudos têm considerado a satisfação do paciente como um preditor de adesão ao tratamento, uso contínuo dos serviços de saúde, recomendação dos serviços de assistência à saúde à outras pessoas, e também um feedback valioso para avaliação dos programas de assistência à saúde (Flores-Peña, Gala & Cerda-Flores 2009).

A Aids é um objeto de estudo complexo, formado por condições simultâneas e seus efeitos sobre o indivíduo. Sua formulação, enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes áreas campos de saber, além de diversas dimensões da experiência humana (Vilella 2003).

Sabe-se que para ter sucesso no tratamento da Aids precisa ter adesão ao tratamento por parte dos pacientes, pois a não adesão ao tratamento antiretroviral está diretamente relacionada com o desenvolvimento de resistência viral, com conseqüente falência terapêutica e surgimento de cepas virais multirresistentes. A satisfação do paciente em relação aos cuidados prestados pela equipe de saúde vai interferir de maneira positiva em relação ao processo de adesão ao tratamento, conduzindo assim para o sucesso do tratamento.

Inúmeros estudos têm sido realizados em diferentes países, com o objetivo de avaliar a qualidade dos serviços de saúde, do ponto de vista dos pacientes. Porém, no Brasil existem poucos estudos de avaliação de serviços de saúde sob o olhar do paciente. A pequena produção restringe-se praticamente, à avaliação quantitativa dos serviços restando escassas informações sobre resolutividade e satisfação dos pacientes. Foi esta razão que motivou a realização deste trabalho por meio de um estudo preliminar.

III. OBJETIVOS

Objetivo Geral

Avaliar os cuidados prestados no programa DST/Aids do Hospital Universitário de Brasília sob a percepção das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Objetivos Específicos

- Descrever as características clínicas, sócio-demográficas e epidemiológicas de pacientes com HIV/Aids em TARV acompanhados no HUB;
- Descrever indicadores de avaliação dos cuidados prestados pela equipe multiprofissional do programa DST/Aids do HUB;
- Avaliar fatores associados ao tabagismo e etilismo nos pacientes com HIV/Aids acompanhados no HUB

IV. MÉTODOS

Tipo do estudo

Estudo epidemiológico descritivo de âmbito clínico do tipo série de casos.

Local do estudo

O estudo foi realizado no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) do HUB em Brasília no DF, situado na região Centro-Oeste do Brasil. O ambulatório de DIP atende vários tipos de pacientes com diferentes doenças como: HIV/Aids, Hepatites, Tuberculose, Doença de Chagas entre outras. A instituição funciona como hospital de ensino credenciada pelo Ministério da Educação (MEC) em 2004, atua como um dos centros de referência no DF para o atendimento das PVHA desde aconselhamento sobre o diagnóstico até o tratamento. O hospital possui 223 leitos de internação em média e alta complexidade. Oferece atendimento ambulatorial e de internação para pessoas vivendo com HIV/aids incluindo adulto, crianças e gestantes. O HUB possui laboratórios, porém os exames de CV e de CD4+ são encaminhados para o Laboratório Central do DF (LACEN). O hospital conta com a farmácia escola que está credenciada para liberar medicamentos antirretrovirais e outros medicamentos são distribuídos em outras redes. O HUB oferece acompanhamento ambulatorial com equipe multiprofissional que conta com psicólogos, assistente social, médicos, farmacêuticos e bioquímicos, porém sem enfermeiro e nutricionista na equipe.

O Projeto Com-Vivência é um projeto de extensão de ação contínua, implantado em 1996, e faz uma parceria entre o Instituto de Psicologia e o

Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília (UnB). O atendimento psicológico e social, disponibilizado pelo Projeto Com-Vivência à PVHA (crianças, adolescentes, adultos) e a cônjuges ou parceiro/a(s), familiares e/ou pessoas da rede de apoio social do usuário, consolida-se em atividades e procedimentos realizados no ambulatório e na enfermaria, tais como: acolhimento de pacientes novos, avaliação psicossocial, pré ou pós-consulta (atendimento antes ou depois da consulta médica), atendimento psicológico (individual, de família, de casal ou em grupo), atendimento e/ou orientação social. Outras frentes de trabalho mais específicas, que compõem o conjunto das atividades assistenciais são: aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV, acompanhamento de mulheres gestantes vivendo com HIV/Aids, aconselhamento para o sexo-seguro, aconselhamento e distribuição gratuita de preservativos femininos e masculinos e atendimento psicológico às crianças/adolescentes soropositivos e seus familiares.

É agendada uma consulta médica a cada três meses ou quando é necessário; e a consulta com psicóloga ou com assistente social é agendada conforme agenda do serviço. Após a consulta médica, o paciente é encaminhado para farmácia escola aonde recebe suas medicações antirretrovirais conforme a prescrição médica.

Na consulta médica são avaliados os últimos resultados em relação ao CD4+ e a carga viral (CV) e as queixas do pacientes em relação ao seu estado de saúde, e caso necessário são solicitados outros exames complementares. Na consulta com psicóloga e com assistente social, o paciente fala abertamente sobre seu estado emocional, familiar, os problemas enfrentados e recebe apoio da equipe que analisa cuidadosamente cada problema apresentado por paciente e procura a maneira mais adequada de solucionar seus problemas.

É durante essas consultas que os pacientes recebem apoio emocional relacionado ao diagnóstico, tiram suas dúvidas e são orientados em relação à importância de TARV. São mais de quatrocentos pacientes com HIV/Aids cadastrados na farmácia escola do HUB onde recebem as medicações uma vez por mês. Em média a farmácia atende 186 pacientes

por mês. Os serviços médicos (consulta/ agenda para consultas/ exames) funcionam nas terças e quinta- feiras no período da manhã e nas quartas-feiras no período da tarde. Os serviços do Com-Vivência funcionam de segunda a sexta, em períodos matutinos e/ou vespertinos, das 08h às 12h e de 14h às 18h.

População em estudo e amostra

A população-alvo deste estudo compreendeu pacientes adultos, maiores de 18 anos, de ambos os gêneros, infectados por HIV/Aids, usuários dos serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB, cadastrados no sistema de controle logístico de medicamentos antirretrovirais (SICLOM), acompanhados no ambulatório da DIP e cadastrados no projeto Com-Vivência.

Para o cálculo da amostra utilizou-se o programa Epiinfo versão 2000. Foi considerada a população de 298 pessoas que eram cadastradas no serviço, a prevalência de insatisfeitos de 15%, intervalo de confiança de 95% e o erro amostral de 5%, obtendo-se dessa maneira uma amostra de 42 participantes.

A prevalência de 15% dos insatisfeitos foi arbitrariamente estimada levando em consideração que dados anteriores de estudos realizados no HUB (dados não publicados) mostraram a satisfação dos usuários calculada entre 80 - 85%.

Critérios de inclusão

- Ser maior de 18 anos;
- Ter diagnóstico de HIV/Aids e estar em acompanhamento no HUB;
- Estar cadastrado na farmácia central e em uso de TARV;

- Concordar em participar da pesquisa e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2).

Crítérios de exclusão

- Pacientes que estavam com diagnóstico de HIV, mas ainda sem uso de TARV;
- Pacientes portadores de doença mental com dificuldade extrema em responder o questionário.

Instrumento e fonte de dados

Como instrumento de coleta de dados, utilizou-se um formulário previamente elaborado com questões subdivididas em três partes (Apêndice 1), sendo que a primeira parte era relacionada aos dados pessoais do paciente como: idade, sexo, raça, escolaridade, estado civil, renda familiar etc.. A segunda parte composta por questões em relação a doença e TARV como: tempo do diagnóstico, tempo de tratamento, esquema de TARV em uso, exames de CV e CD4+, presença de comorbidades (Diabetes, hipertensão arterial, obesidade, acidentes vasculares etc..), infecções oportunistas, comportamento em relação a doença etc. Foi classificado os participantes deste estudo como etilistas/ fumantes ou não de acordo com anamnese clínica do prontuário médico. A última parte com questões em reação aos serviços de saúde prestados por instituição onde foi realizada esta pesquisa. As informações foram obtidas em entrevistas e em revisão dos prontuários médicos dos pacientes.

Validação do instrumento

Foi realizado um pré-teste do formulário em 10% dos sujeitos da pesquisa (9/95), e após o pré-teste foram efetuadas as adequações necessárias no formulário do questionário.

Procedimento de pesquisa

- Entre 06 de setembro a 15 de dezembro de 2011, foram aplicados 95 questionários, cada um com 56 questões (Apêndice 1) para os pacientes que compareciam no ambulatório de DIP para atendimento médico ou atendimento no projeto Com-Vivência com a psicóloga ou com assistência social de acordo com ordem de chegada ou de acordo com a disponibilidade de cada paciente;
- As entrevistas foram realizadas durante os dias da semana (terças, quartas e quintas feiras), sendo: terças e quintas-feiras no período da manhã e nas quartas-feiras no período da tarde;
- Os pacientes eram abordados pela pesquisadora responsável, previamente ou às vezes logo após a qualquer consulta (consulta médica, da psicóloga ou da assistência social) para lhes apresentar o estudo, seus objetivos e seus benefícios (Apêndice 2);
- Caso o paciente concordasse em participar do estudo, era solicitado que o mesmo assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2);
- Um total de oito pacientes se recusou a participar no estudo alegando que não gostam de expor suas vidas;
- Em média, eram entrevistados cinco pacientes por dia. Uns dos motivos que levavam os pacientes a procurar os serviços de saúde eram a consulta periódica marcada com médico, pedido de troca da receita

médica, pedir ajuda da assistência social (passagens para viajar, passagens circular na cidade) e consultas marcada com psicóloga;

- Para preservar a privacidade do (a) paciente, as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada do próprio ambulatório de DIP;
- Durante as entrevistas, os pacientes foram mantidos em possíveis condições de conforto, procurando estabelecer um bom relacionamento;
- As questões do formulário (Apêndice1) foram preenchidas à caneta, junto com paciente para esclarecimento de possíveis dúvidas, o tempo médio de preenchimento do formulário foi cerca de 30 minutos;
- Ao terminar o preenchimento do formulário, era perguntado ao paciente se tinha alguma dúvida em relação à doença em geral, e desejava acrescentar algo que julgaria de importância;
- Nos prontuários dos pacientes, foram coletados os dados relacionados ao esquema de tratamento em uso, os resultados iniciais e recentes de CV e do CD4+, e alguns dados epidemiológicos e clínicos.

Análise bioestatística dos dados

Os dados coletados foram digitados, armazenadas e avaliados criticamente no programa estatístico do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®)* versão 18.0. Foi feita a apresentação dos dados por meio de estatística descritiva e realizado teste de hipóteses (teste de Qui-quadrado) para comparar as variáveis, quando pertinente e foi utilizado a medida de associação *Odds Ratio* para verificar possíveis associações entre as variáveis deste estudo e foi adotado o nível de significância de 5% com intervalo de confiança de 95%.

Procedimentos éticos

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as recomendações éticas estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) 196/96, a qual estabelece diretrizes e normas reguladoras de pesquisas envolvendo seres humanos. O estudo teve o seu projeto submetido à apreciação e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília – FM/UnB em 29 de junho de 2011 sob o registro de CEP-FM 032/2011 (Anexo 1).

Todos os participantes envolvidos na coleta de dados foram devidamente informados quanto aos objetivos do estudo e foram esclarecidos sobre a utilização dos dados obtidos apenas para fins de estudo e garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes, tanto durante o processo de coleta de dados, quanto na divulgação dos resultados e foram esclarecidos sobre a não-remuneração ou compensação financeira.

Os sujeitos também foram informados sobre o direito da desistência de participar ou de não aceitar responder à alguma das perguntas da entrevista, sem haver prejuízo quer no atendimento dos usuários, quer no âmbito dos profissionais, quer no âmbito dos serviços. Foi pedida autorização para o acesso dos prontuários. Após tais esclarecimentos, foi procedida a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 2) e arquivada uma cópia, deixando-se outra com os participantes.

V. RESULTADOS

Características sócio-demográficas e sócio-econômicas dos pacientes entrevistados

Do total de 291 pacientes em tratamento e acompanhados no HUB (no momento da realização desta pesquisa), foram entrevistados e analisados 95 pacientes equivalentes a 33% da população. Conforme pode ser observado na Tabela 3, a maioria dos entrevistados era do sexo masculino 64,2% (61/95), sendo que 80% (76/95) estavam na faixa etária de 18 a 50 anos, com a mediana de idade de 42 anos (DP = 9,5). Em relação à escolaridade, mais da metade 51,5% (49/95), possuía o ensino médio (completo ou incompleto).

Quanto à raça/cor, observou-se maior frequência de brancos 54,7% (52/95), seguida por pardos 33,7% (32/95), e os entrevistados que eram negros apareceram em pequeno número (11,6% 11/95). No momento da entrevista, 50,5% (48/95) dos pacientes estavam solteiros e mais da metade 51,7% (52/95) dos entrevistados morava com a família.

Tabela 3 - Distribuição das características das PVHA acompanhados no HUB de acordo com as variáveis sócio-demográficas, Brasília 2011-2012.

<i>Variáveis sócio-demográficas</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>	<i>Mediana/Moda</i>
Sexo			
Masculino	61	64,2%	
Feminino	34	35,8%	
Faixa etária (anos)			
18-30	10	10,5%	
31-40	30	31,6%	
41-50	36	37,9%	42 anos/37 anos
51-60	17	17,9%	
>61	2	2,1%	
Escolaridade			
Analfabeto	1	1,1%	
Ensino fundamental completo ou incompleto	26	27,4%	
Ensino médio completo ou incompleto	49	51,5%	
Ensino superior completo ou incompleto	19	20%	
Cor			
Branca	52	54,7%	
Parda	32	33,7%	
Negra	11	11,6%	
Estado Civil			
Casado	30	31,6%	
Solteiro	48	50,5%	
Divorciado	5	5,3%	
Separado	10	10,5%	
Viúvo	2	2,1%	
Compartilha domicílio			
Mora com cônjuge	19	20%	
Mora com família	52	51,7%	
Mora com amigos	8	8,4%	
Mora em abrigo	1	1,1%	
Mora sozinha	15	15,8%	

Em relação às variáveis sócioeconômicas, os dados da Tabela 4 indicam que da totalidade dos entrevistados, a maioria 56,8% (54/95), relatou que possuía trabalho, mas também haviam 15,8% (15/95) de pessoas aposentadas e 27,4% (26/95) de pessoas desempregadas.

Conforme os relatos, a maioria dos entrevistados 78,9% (75/95), possuía a renda familiar entre um e quatro salários mínimos, e 88,4% (84/95), dos pacientes entrevistados realizavam três refeições ou mais ao dia.

Tabela 4 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados de acordo com variáveis sócio-econômicas, Brasília 2011-2012.

<i>Variáveis sócio-econômicas</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>
Situação funcional		
Com trabalho	54	56,8%
Sem trabalho	26	27,4%
Aposentado	15	15,8%
Renda familiar (SM*)		
0-1	38	40%
2-4	37	38,9%
>4	20	21,1%
Número de refeição diárias		
Uma	1	1,1%
Duas	10	10,5%
Três	31	32,6%
Quatro	26	27,4%
+ de 4	27	28,4%

*SM: Salário mínimo

Características epidemiológicas e clínicas das PVHA e rede social de apoio

Quanto às prováveis formas de infecção pelo HIV, observa-se que dentre os entrevistados, a maioria 61,1% (58/95), informa ter contraído a doença por via sexual e 41, 1% (39/95), citaram o comportamento heterossexual. Chama a atenção o número de pessoas, ou seja, 30,5% (29/95) que referiu que desconhece como contraiu a doença.

Quanto à reação diante do diagnóstico de infecção pelo HIV, mais da metade (51,6%), ficou deprimido e com vontade de morrer ao receber o diagnóstico pela primeira vez. Entretanto atualmente, no momento da entrevista, 89,5% dos entrevistados sentiam-se tranquilos com diagnóstico.

A maioria 78,9% (75/95), fala o seu diagnóstico para familiares e amigos e 84,2% (80/95), dos pacientes recebem apoio emocional dos familiares e amigos. Os dados estão mostrados na Tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids de acordo com categoria de exposição e variáveis relacionadas a rede social de apoio, Brasília 2011-2012.

<i>Variáveis Categóricas</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>
Categorias de exposição		
Não sabe	29	30,5%
Heterossexual	39	41,1%
Bissexual	2	2,1%
Homossexual	17	17,9%
Transfusão	4	4,2%
UDI	2	2,1%
Vertical	1	1,1%
Tatuagem	1	1,1%
Reação predominante quando recebeu o diagnóstico		
Raiva	3	3,2%
Tristeza	17	17,9%
Deprimido (a)	24	25,3%
Angustiado (a)	10	10,5%
Tranquilo (a)	16	16,8%
Vontade de morrer	25	26,3%
Reação predominante com diagnóstico hoje		
Raiva	1	1,1%
Tristeza	3	3,2%
Deprimido (a)	3	3,2%
Angustiado (a)	1	1,1%
Tranquilo (a)	85	89,5%
Vontade de morrer	2	2,1%
Com quem fala do diagnóstico		
Família e amigos	75	78,9%
Companheiro (a)	6	6,3%
Para todos	6	6,3%
Para ninguém	8	8,4%
Tem apoio emocional		
Da família e amigos	80	84,2%
Do Companheiro (a)	8	8,4%
Sem apoio	7	7,4%

Sobre os antecedentes pessoais e médicos observou-se que 43,2% (41/95) dos entrevistados tiveram doenças sexualmente transmissíveis (DST's), mais da metade, 53,7% (51/95) tiveram doenças oportunistas e 29,5% (28/95) apresentam comorbidades. Dentre os entrevistados, 44,2% (42/95) são fumantes, 33,7% (32/95) usam bebidas alcoólicas e 4,2% (4/95) usam drogas injetáveis (UDI). Ver Tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids de acordo com as variáveis comportamentais e hábitos de vida em relação à doença, Brasília 2011-2012.

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>
DST's		
Sim	41	43,2%
Não	54	56,8%
Doenças oportunistas		
Sim	51	53,7%
Não	44	46,3%
Comorbidades		
Sim	28	29,5%
Não	67	70,55
Tabagismo		
Sim	42	44,2%
Não	53	55,8%
Etilismo		
Sim	32	33,7%
Não	63	66,3%
UDI		
Sim	4	4,2%
Não	91	95,8%

Fonte: Ambulatório de DIP/HUB (Dados dos prontuários médicos dos pacientes)

No que se refere ao tempo de diagnóstico, 70,5% (67/95) tinham mais de 6 anos de diagnóstico, com média de 8,5 anos ($\pm 4,8$ DP). Quanto ao tempo de terapia, 44,2% (42/95) dos entrevistados estavam com tempo médio de tratamento de 6,8 anos ($\pm 3,7$ DP). Conforme os relatos nos prontuários dos pacientes entrevistados, a maioria 57,9% (55/95), estava em

uso de esquema com os Inibidores Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INTR) junto com Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR), 41,1% (39/95) estavam em uso dos INTR associados aos Inibidores de Protease (IP) e um pacientes 1,1% em uso dos INTR +INNTR associados aos IP. Dos entrevistados, 87,4% (83/95), relataram que compreendiam a receita médica e dentre eles, 88,4% (84/95), seguiam a receita (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids de acordo com as variáveis clínicas , Brasília 2011-2012

Variáveis Clínicas	Frequência (n)	Proporção (%)	Média/DP
*Tempo do diagnóstico			
Até 1 ano	6	6,3%	
1,1 a 3 anos	11	11,6%	
3,1 a 6 anos	11	11,6%	8,5anos
6,1 a 9 anos	35	36,8%	± 4,8
9,1 anos ou mais	32	33,7%	
*Tempo de terapia			
Até 1 ano	8	8,4%	
1,1 a 3 anos	13	13,7%	
3,1 a 6 anos	19	20,0%	
6,1 a 9 anos	42	44,2%	6,8 anos
9,1 anos ou mais	13	13,7%	± 3, 7
*Medicamentos em uso			
INTR+INNTR	55	57,9%	
INTR+IP	39	41,1%	
INTR+IP+INNTR	1	1,1%	
Compreende a receita médica			
Sim	83	87,4%	
Não	12	12,6%	
Segue a receita médica			
Sim	84	88,4%	
Não	11	11,6%	

*Fonte: Prontuário médico do paciente

Continuação da Tabela 7 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids de acordo com as variáveis clínicas , Brasília 2011-2012

Variáveis Clínicas	Frequência (n)	Proporção (%)
Número de internação		
Nenhuma vez	30	31,6%
Entre 1 e 2 vezes	47	49,5%
Entre 3 e 4 vezes	8	8,4%
Mais de 4 vezes	10	10,5%
Causas de internação		
Doenças oportunistas	49	72,1
Comorbidades	4	5,9%
DST's	1	1,5%
Outros	14	20,6%
*Carga Viral Inicial		
Indetectável	23	24,2%
Até 1000 cópias	13	13,7%
De 1001 a 10.000 cópias	15	15,8%
De 10.001 a 100.000 cópias	23	24,2%
Acima de 100.000	21	22,1%
*Carga Viral Recente		
Indetectável	63	66,3%
Até 1000 cópias	17	17,9%
De 1001 a 10.000 cópias	7	7,4%
De 10.001 a 100.000 cópias	8	8,4%
Acima de 100.000	0	0%
*CD4+ Inicial		
Menor que 200mm ³	41	43,2%
De 201 a 500mm ³	33	34,7%
Maior que 500mm ³	21	22,1%
*CD4+ Recente		
Menor que 200mm ³	14	14,7%
De 201 a 500mm ³	34	35,8%
Maior que 500mm ³	47	49,5%

*Fonte: Prontuário médico do paciente

Avaliação da CV mostrou que dos entrevistados 24,2% (23/95) apresentavam a CV inicial indetectável ou entre 10.001 a 100.000 cópias e nos exames recentes mais da metade 66,3% (63/95), apresenta a CV indetectável.

Grande número dos entrevistados 43,2% (41/95) apresentava o CD4+ inicial menor que 200mm³, já nos resultados recentes, 49,5% (47/95) dos entrevistados apresentam o valor de CD4+ maior que 500 mm³.

A grande parte dos pacientes 49,5% (47/95) já foi internada uma à duas vezes e a maior causa de internação de uma maneira geral foi por doenças oportunistas (Continuação da Tabela 7).

Grande número dos entrevistados 97,9% (93/95) consegue tomar as medicações sem precisar de ajuda, e 47,4% (45/95) reconhece esses medicamentos pela cor.

Os dados indicam que 77,9% (74/95), dos pacientes entrevistados relataram ter dificuldades em tomar medicações principalmente devido aos efeitos colaterais, sendo que a grande parte dos pacientes 91,6% (87/95) relatou ter que continuar tomando as medicações mesmo diante às reações adversas relatadas (Tabela 8).

Tabela 8- Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids em relação ao uso de TARV, Brasília 2011-2012.

Variáveis sobre TARV	Frequência (n)	Proporção (%)
Toma medicações		
Sozinho	93	97,9%
Com ajuda de alguém	2	2,1%
Reconhece medicações		
Pelo nome	30	31,6%
Pela cor	45	47,4%
Pelo tamanho/formato	18	18,9%
Outros	2	2,1%
Dificuldades em tomar medicações		
Sim	74	77,9%
Não	21	22,1%
Dificuldades relacionadas		
Efeitos colaterais	72	75,8%
Quantidade	1	1,1%
Nenhuma	22	23,2%
Principais reações adversas relatadas		
Cefaléia/cansaço /sonolência	21	22,1%
Nauseia/ vômitos / diarreia	28	29,5%
Tontura	24	25,3%
Nenhumas	22	23,2%
Resposta às reações adversas		
Continua tomando as medicações	87	91,6%
Suspende por alguns dias	3	3,2%
Deixa de tomar	5	5,3%
Diminui a dose	0	0
Procurou médico	0	0

Conforme pode ser observado na continuação da Tabela 8, ao ser indagado (a) sobre o procedimento quando se esquece de tomar a medicação no horário certo, observa-se que a maioria dos pacientes 70,5% (67/95) toma medicações atrasada e 27,4% (26/95) preferem pular a dose.

Mais da metade dos entrevistados 90,5% (86/95) relatam que não param de tomar medicação mesmo se sentindo bem.

Dentre os motivos que levam os pacientes a continuar a tomar medicações estão: 58,9% (56/95) por querer viver mais e 15,8% (15/95) por ter medo de doenças oportunistas. Cerca de 41% (39/95), dos entrevistados já trocaram esquema de tratamento entre uma e duas vezes, sendo que o grande número 38,9% (37/95) já trocou esquema por motivo de falta de adaptação 20% (19/95) ou devido aos efeitos colaterais com 18,9% (18/95).

Continuação da Tabela 8- Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids em relação ao uso de TARV, Brasília 2011-2012.

Variáveis sobre TARV	Frequência (n)	Proporção (%)
Quando esquece de tomar as medicações		
Toma atrasado	67	70,5%
Pula a dose	26	27,4%
Toma dobrado na próxima hora	2	2,1%
Quando se sente bem pára medicação		
Sim	5	5,3%
Não	86	90,5%
Às vezes	4	4,2%
O motivo de tomar medicações		
Medo de doenças oportunistas	15	15,8%
Querer viver mais	56	58,9%
Medo de morrer	9	9,5%
Diminuir CV e aumentar CD4+	7	7,4%
Falta de opção	6	6,3%
Ser obrigado	2	2,1%
Troca de esquema do tratamento		
Nenhuma vez	40	42,1%
1-2 vezes	39	41%
3 ou mais vezes	16	16,9%
O motivo de troca de esquema		
Falta de adaptação	19	20%
Efeitos colaterais	18	18,9%
Aumento de CV e diminuição de CD4	10	10,5%
Novo tratamento	6	6,3%
Gravidez	2	2,1%

Tabela 9 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis associadas ao tabagismo, Brasília 2011-2012.

EXPOSIÇÃO	DESFECHO		OR	IC95%	P-valor
SEXO					
	Masculino	Feminino			
Fumantes	32	10			
Não fumantes	29	24	2,64	1,085 – 6,466	0,034
DST					
	SIM	NÃO			
Fumantes	20	22			
Não fumantes	21	32	1,38	0,611 – 3,140	0,532
UDI					
Fumantes	3	39			
Não fumantes	1	52	4,00	0,401 – 39,934	0,318
Comorbidade					
Fumantes	17	25			
Não fumantes	11	42	2,59	1,050 – 6,423	0,044
Doenças Oportunistas					
Fumantes	24	18			
Não fumantes	27	26	1,28	0,569 - 2,899	0,679
Internação Hospitalar					
Fumantes	26	16			
Não fumantes	39	14	0,58	0,244 – 1,395	0,269
Dificuldade em tomar medicações					
Fumantes	30	12			
Não fumantes	44	9	0,51	0,192 – 1,364	0,217
Entende a receita					
Fumantes	37	5			
Não fumantes	46	7	1,12	0,330 - 3,839	1,000
Segue a receita					
Fumantes	37	5			
Não fumantes	47	6	0,94	0,267 – 3,339	1,000

Nota: n = 95

A análise bivariada mostrou que pessoas do sexo masculino tem mais chance de ser fumantes em relação ao sexo feminino (OR = 2,64; IC = 1,085 a 6,466; p = 0,034) e observa que entre os fumantes, a chance de ter uma

comorbidade é de 2,59 vezes mais em relação aos não fumantes (OR = 2,59; IC = 1,050 a 6,423; p = 0,044). Analisando outras variáveis em relação ao tabagismo, não houve associação (Tabela 9).

Em relação aos desfechos em relacionados ao tratamento e demais variáveis clínicas não houve associação com tabagismo (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis clínicas e tabagismo, Brasília 2011-2012.

EXPOSIÇÃO	DESFECHO		OR	IC95%	P-valor
CD4+ Inicial					
	<small>< que 200 mm³</small>	<small>>que 200 mm³</small>			
Fumantes	19	23	1,36	0,598 – 3,105	0,531
Não fumantes	20	33			
CD4+ Recente					
	<small>< que 200 mm³</small>	<small>>que 200 mm³</small>			
Fumantes	7	35	1,31	0,442 - 4,094	0,773
Não fumantes	7	46			
CV Inicial					
	<small>< que 1000 cóp/ml</small>	<small>>que 1000cóp/ml</small>			
Fumantes	16	26	1,01	0,441 – 2,339	1,00
Não fumantes	20	33			
CV Recente					
	<small>< que 1000 cóp/ml</small>	<small>>que 1000 cóp/ml</small>			
Fumantes	34	8	0,64	0,214 – 1,957	0,573
Não fumantes	46	7			
Tempo de Diagnostico					
	<small>Até 5 anos</small>	<small>Acima de 5 anos</small>			
Fumantes	15	27	2,12	0,849 – 5,302	0,113
Não fumantes	11	42			
Tempo de Terapia					
	<small>Até 5 anos</small>	<small>Acima de 5 anos</small>			
Fumantes	19	23	1,60	0,699 - 3,691	0,295
Não fumantes	18	35			

Nota: n=95

Da mesma forma a análise bivariada que considerou o etilismo mostrou que, dentre os entrevistados, os de sexo masculino tem mais

chances de ser etilistas em relação aos do sexo feminino (OR = 3,46; IC = 1,253 a 9,588; p = 0,014). Analisando outras variáveis em relação ao etilismo, não houve significância estatística (Tabela 11 e 12).

Tabela 11 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis associadas a etilismo, Brasília 2011-2012.

EXPOSIÇÃO	DESFECHO		OR	IC95%	P-valor
SEXO					
	Masculino	Feminino			
Etilistas	26	6			
Não etilistas	35	28	3,46	1,253 – 9,588	0,014
DST					
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>			
Etilistas	12	20			
Não etilistas	29	34	0,70	0,295 – 1,680	0,513
UDI					
Etilistas	0	32	1,54	1,326 – 1,794	0,187
Não etilistas	4	59			
Comorbidade					
Etilistas	11	21			
Não etilistas	17	46	1,41	0,566 – 3,547	0,482
Doenças Oportunistas					
Etilistas	18	14			
Não etilistas	33	30	1,16	0,497 – 2,750	0,828
Internação Hospitalar					
Etilistas	20	12			
Não etilistas	45	18	0,66	0,271 – 1,641	0,484
Dificuldade em tomar medicações					
Etilistas	23	9			
Não etilistas	51	12	0,60	0,222 – 1,626	0,433
Entende a receita					
Etilistas	27	5			
Não etilistas	56	7	0,67	0,196 – 2,323	0,530
Segue a receita					
Etilistas	28	4			
Não etilistas	56	7	0,87	0,236 – 3,241	1,000

Nota: n=9

Tabela 12 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis clínicas e etilismo, Brasília 2011-2012.

EXPOSIÇÃO	DESFECHO		OR	IC95%	P-valor
CD4+ Inicial					
	<small>< que 200 mm³</small>	<small>>que 200 mm³</small>			
Etilistas	13	19			
Não etilistas	26	37	0,97	0,410 – 2,314	1,000
CD4+ Recente					
	<small>< que 200 mm³</small>	<small>>que 200 mm³</small>			
Etilistas	3	29			
Não etilistas	11	52	0,48	0,126 – 1,896	0,370
CV Inicial					
	<small>< que 1000 cóp/ml</small>	<small>>que 1000cóp/ml</small>			
Etilistas	12	20			
Não etilistas	24	39	0,97	0,405 – 2,346	1,000
CV Recente					
	<small>< que 1000 cóp/ml</small>	<small>>que 1000cóp/ml</small>			
Etilistas	27	5			
Não etilistas	53	10	1,01	0,316 – 3,280	1,000
Tempo de Diagnostico					
	<small>Até 5 anos</small>	<small>Acima de 5 anos</small>			
Etilistas	9	23			
Não etilistas	17	46	1,05	0,409 – 2,739	1,000
Tempo de Terapia					
	<small>Até 5 anos</small>	<small>Acima de 5 anos</small>			
Etilistas	15	17			
Não etilistas	22	41	1,64	0,692 – 3,910	0,275

Nota: n=95

A avaliação dos pacientes entrevistados a respeito dos serviços de saúde prestados

Observa-se pela Tabela 13, que o programa DST/Aids do HUB foi classificado como ótimo e bom 49,5% (47/95) e 33,7% (32/95), respectivamente. A maioria 49,5% (47/95) classificou o tempo de espera para consulta como regular, e o grande número dos entrevistados está satisfeito com a consulta multiprofissional (consulta médica, da psicóloga e da assistência social).

Tabela 13 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo avaliação parcial dos serviços de saúde prestadas no programa DST/Aids do HUB, Brasília 2011-2012.

<i>Variáveis sobre serviços de saúde</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>
Avaliação do programa DST/AIDS do HUB		
Ótimo	47	49,5%
Bom	32	33,7%
Regular	15	15,8%
Péssimo	1	1,1%
Tempo de espera para consulta		
Satisfeito	24	25,3%
Regular	47	49,5%
Insatisfeito	24	25,3%
Satisfação com a consulta médica		
Sim	93	97,9%
Não	2	2,1%
Satisfação com a consulta da psicóloga		
Sim	81	85,3%
Não	14	14,7%
Satisfação com a consulta da assistência social		
Sim	82	86,3%
Não	13	13,7%

Os dados da Tabela 14 mostram que 94,7% (90/95) dos pacientes entrevistados sentem-se acolhidos no programa DST/Aids durante o atendimento multiprofissional. A grande parte deles 89,5% (85/95), afirmou ter confiança na equipe dos profissionais. Mais da metade 53,7% (51/95), relatou que a relação entre o profissional e o paciente é boa e 96,8% (92/95), dos entrevistados responderam não ter percebido nenhum comportamento diferente da equipe de saúde em relação ao paciente portador de HIV/AIDS no programa DST/Aids do HUB.

Tabela 14 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo a percepção sobre o relacionamento entre equipe de saúde e o paciente, Brasília 2011-2012.

<i>Variáveis sobre o relacionamento</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>
Sente-se acolhido no programa		
Sim	90	94,7
Não	5	5,3
Relação entre o profissional e paciente		
Muito boa	43	45,3%
Boa	51	53,7%
Ruim	1	1,1%
Comportamento do paciente com a equipe		
Confiança	85	89,5%
Desconfiança	3	3,2%
Preocupação	6	6,3%
Raiva	1	1,1%
Comportamento diferente da equipe com paciente		
Não percebido	92	96,8%
Preconceito	1	1,1%
Receio	1	1,1%
Pressa	1	1,1%

Conforme pode ser observado na Tabela 15, o atendimento médico, do psicólogo, da assistência social e do farmacêutico foi classificado como ótimo por a maioria dos entrevistados (74,7%, 54,7%, 46,3% e 67,4%, respectivamente). O atendimento laboratorial, o da recepção e dos

seguranças foi classificado como bom por grande parte dos entrevistados (53,7%, 56,8% e 57,9%, respectivamente).

Tabela 15 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo avaliação do atendimento por categoria profissional em relação ao atendimento, Brasília 2011-2012.

Membros da equipe	Ótimo		Bom		Regular		Péssimo		Não conhece	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Médicos	71	74,7	21	22,1	02	2,1	01	1,1	00	0,0
Psicólogos	52	54,7	36	37,9	03	3,2	00	0,0	04	4,2
Assistência Soc.	44	46,3	41	43,2	05	5,3	00	0,0	05	5,3
Farmacêuticos	64	67,4	28	29,5	02	2,1	00	0,0	01	1,1
Laboratório	30	31,6	51	53,7	09	9,5	04	4,2	01	1,1
Recepcionistas	18	18,9	54	56,8	19	20,0	04	4,2	00	0,0
Seguranças	16	16,8	55	57,9	21	22,1	03	3,2	00	0,0

Grande número dos entrevistados relatou que recebe apoio emocional de todos os médicos 62,1% (59/95), dos psicólogos 72,6% (69/95), e da assistência social 62,1% (59/95).

Porém, chama-se atenção o número dos pacientes que relatou que não recebe apoio emocional dos farmacêuticos e de outros pacientes (45,3% e 98,9%, respectivamente). Tabela 16.

Tabela 16 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo o apoio emocional recebido dos profissionais de saúde e dos outros pacientes, Brasília 2011-2012.

Apoio emocional								
Profissionais	Sim, de todos		Sim, de poucos		Às vezes		Não	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Médicos	59	62,1	07	7,4	10	10,5	19	20,0
Psicólogos	69	72,6	06	6,3	04	4,2	16	18,8
Assistência Soc.	59	62,1	00	00	11	11,6	25	26,3
Farmacêuticos	34	35,8	06	6,3	12	12,6	43	45,3
Outros pacientes	00	00	00	00	01	1,1	94	98,9

Um considerável percentual de pacientes que refere ser orientado em relação a doença pela equipe médica 90,5% (86/95), psicólogos 40% (38/95), e por farmacêuticos 69,5% (66/95), e chama atenção os 45,3% (43/95) dos entrevistados que não recebem orientação pela parte da assistência social em relação a doença (Tabela 17).

Tabela 17 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo orientação dos profissionais de saúde em relação à doença (sinais, sintomas e tratamento), Brasília 2011-2012.

Profissionais	Orientação dos profissionais em relação à doença							
	Sim, de todos		Sim, de poucos		As vezes		Não	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Médicos	86	90,5	04	4,2	02	2,1	03	3,2
Psicólogos	38	40,0	08	8,4	20	21,1	29	30,5
Assistência Soc.	28	29,5	07	7,4	17	17,9	43	45,3
Farmacêuticos	66	69,5	05	5,3	04	4,2	20	21,1

Foi possível verificar que mais da metade dos entrevistados recebe orientações em relação às medidas preventivas da doença pelos médicos 69,5% (66/95), psicólogos 69,5% (66/95), e por assistência social 56,8% (54/95), e destaca-se o número importante dos pacientes 49,5% (47/95), que não recebe este tipo de orientação por parte dos farmacêuticos (Tabela 18).

Tabela 18 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados segundo orientação dos profissionais de saúde em relação às medidas preventivas da doença, Brasília-2010-2012.

Profissionais	Orientação em relação às medidas preventivas da doença							
	Sim, de todos		Sim, de poucos		As vezes		Não	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Médicos	66	69,5	04	4,2	10	10,5	15	15,8
Psicólogos	66	69,5	07	7,4	07	7,4	15	15,8
Assistência Soc.	54	56,8	05	5,3	06	6,3	30	31,6
Farmacêuticos	25	26,3	03	3,2	20	21,1	47	49,5

Conforme observado na Tabela 19, entre os pacientes entrevistados, mais da metade confirmou ter o diálogo freqüente com os profissionais da saúde, destacando-se o número grande dos pacientes 91,6% (87/95), que relatou ter diálogo freqüente com a equipe médica.

Tabela 19 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados de acordo com diálogo mantido com profissionais da equipe de saúde, Brasília 2010-2012.

Profissionais	Diálogo com os profissionais							
	Sim, freqüentemente		Sim, raramente		Somente quando pergunto algo		Não	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Médicos	87	91,6	01	1,1	05	5,3	02	2,1
Psicólogos	83	87,4	04	4,2	02	2,1	06	6,3
Assistência Soc.	75	78,9	09	9,5	02	2,1	09	9,5
Farmacêuticos	67	70,5	02	2,1	14	14,7	12	12,6

Os dados da Tabela 20 mostram que mais da metade dos entrevistados 81,1% (77/95), está satisfeito com atendimento e serviços do programa e 69,5% (66/95), dos pacientes não percebem nenhuma falha no atendimento, porém há 30,5% (29/95) que percebe que há falha no atendimento. Dos entrevistados, 24,2% (23/95), relatou a falta do enfermeiro e 22,1% (21/95) a falta de nutricionista no programa.

Tabela 20 - Distribuição dos pacientes com HIV/Aids entrevistados em relação ao atendimento no programa DST/Aids, Brasília 2010-2012.

<i>Variáveis</i>	<i>Frequência (n)</i>	<i>Proporção (%)</i>
Falha no atendimento		
Sim	29	30,5%
Não	66	69,5%
Satisfeito com atendimento e serviços		
Sim	77	81,1%
Não	4	4,2%
Mais a menos	14	14,7%
Tem acesso fácil às especialidades		
Sim	1	1,1%
Não	94	98,9%
Profissionais em falta no programa		
Enfermeiro	23	24,2%
Mais médicos	4	4,2%
Nutricionista	21	22,1%
Psiquiatra	2	2,1%
Nenhum	45	47,4%

A análise bivariada entre as variáveis sobre os serviços de saúde em relação ao tabagismo mostrou que o fato dos pacientes serem fumantes não interfere nos indicadores de avaliação investigados (Tabela 21).

Tabela 21 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis sobre os serviços de saúde e tabagismo, Brasília 2011-2012.

EXPOSIÇÃO	DESFECHO		OR	IC95%	P-valor
	Acolhido no programa				
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>			
Fumantes	41	1			
Não fumantes	49	4	3,34	0,360 – 31,133	0,379
	Satisfeito com a consulta médica				
Fumantes	41	1			
Não fumantes	52	1	0,78	0,048 – 12,990	1,000
	Satisfeito com a consulta da psicóloga				
Fumantes	36	6			
Não fumantes	45	8	1,06	0,339 – 3,354	1,000
	Satisfeito com a consulta da assistência social				
Fumantes	38	4			
Não fumantes	44	9	1,94	0,554 – 6,818	0,375
	Falha no atendimento				
Fumantes	11	31			
Não fumantes	18	35	0,69	0,283 – 1,684	0,503
	Satisfeito com atendimento e serviços do programa				
Fumantes	33	9			
Não Fumantes	45	8	0,65	0,227 – 1,868	0,435

A análise bivariada entre as variáveis sobre os serviços de saúde em relação ao etilismo mostrou que o fato dos pacientes serem etilistas não interfere nos indicadores de avaliação listados abaixo (Tabela 22).

Tabela 22 - Distribuição dos pacientes entrevistados com HIV/Aids segundo variáveis de avaliação dos serviços de saúde e etilismo, Brasília 2011-2012.

EXPOSIÇÃO	DESFECHO		OR	IC95%	P-valor
	Acolhido no programa				
	<u>SIM</u>	<u>NÃO</u>			
Etilistas	30	2			
Não etilistas	60	3	0,75	0,119 – 4,732	1,000
	Satisfeito com a consulta médica				
Etilistas	31	1			
Não etilistas	62	1	0,50	0,030 – 8,265	1,000
	Satisfeito com a consulta da psicóloga				
Etilistas	28	4			
Não etilistas	53	10	1,32	0,380 – 4,595	0,767
	Satisfeito com a consulta da assistência social				
Etilistas	29	3			
Não etilistas	53	10	1,82	0,465 – 7,159	0,533
	Falha no atendimento				
Etilistas	11	21			
Não etilistas	18	45	1,31	0,526 – 3,258	6,39
	Satisfeito com atendimento e serviços do programa				
Etilistas	25	7			
Não etilistas	53	10	0,67	0,230 -1,978	0,573

Conforme a Tabela 23, observa-se que a maioria dos pacientes entrevistados 50,5% (48/95), avaliou que os serviços de saúde em geral no programa DST/Aids do HUB são bons, mas há 16,8% (16/95) que avaliou os serviços como sendo regular. Os serviços médicos, serviços da psicologia e da farmácia foram considerados pela a maioria dos entrevistados como muito bom (55,8% (53/95), 52,6% (50/95) e 47,4% (45/95), respectivamente). Já os serviços de assistência social e do laboratório foram considerados como bom (49,5 (47/95) e 53,7% (51/95), respectivamente), e 14,7% (14/95) avaliou os serviços do laboratório como sendo regular.

Tabela 23 - Distribuição dos pacientes com HIV/AIDS entrevistados segundo avaliação geral dos serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB, Brasília 2010-2012.

Serviços	Muito bom		Bom		Regular		Ruim		Muito ruim	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Serviços em geral	27	28,4	48	50,5	16	16,8	04	4,2	00	0,0
Médicos	53	55,8	34	35,8	07	7,4	01	1,1	00	0,0
Psicologia	50	52,6	38	40,0	07	7,4	00	0,0	00	0,0
Assistência Soc.	42	44,2	47	49,5	05	5,3	01	1,1	00	0,0
Farmácia	45	47,4	44	46,3	06	6,3	00	0,0	00	0,0
Laboratório	27	28,4	51	53,7	14	14,7	01	1,1	02	2,1

VI. DISCUSSÃO

Conforme evidenciado através dos resultados obtidos neste estudo, a maioria dos entrevistados foi do sexo masculino concordando com os dados do Boletim epidemiológico de 2010 divulgado pelo MS onde mostram que a taxa de incidência é maior no sexo masculino do que no sexo feminino. Porém, essa diferença vem diminuindo ao longo dos anos onde os números demonstram que a Aids, no Brasil, apesar de concentrada em populações vulneráveis, está presente também no universo feminino. O aumento proporcional do número de casos entre mulheres pode ser observado pela razão de sexos onde em 1989, a razão de sexo era de cerca de 6 casos de Aids no sexo masculino para cada 1 caso no sexo feminino, já em 2009, chegou a 1,6 casos em homens para cada 1 caso em mulheres (Brasil 2010).

Quanto a idade dos pacientes, a faixa etária mais acometida por Aids foi entre 31 a 50 anos 66,5% (66/95) o que é confirmado pelos dados do Boletim epidemiológico de 2010 onde a a faixa etária de maior incidência de Aids, fica entre 30 a 49 anos em ambos os sexos, isso porque é nesta faixa etária que os homens e mulheres estão mais sexualmente ativos (Brasil, 2010). Portanto, para Santos & Assis (2011), a epidemia de HIV/Aids vem sofrendo diversas modificações em seu perfil ao longo do tempo, dentre as quais os fenômenos de feminilização, heterossexualização, juventudilização, pauperização e envelhecimento. Estas características referenciam que não existem mais indivíduos particularmente vulneráveis para HIV, já que todas as fases do ciclo de vida estão expostas à infecção. Neste contexto, observou-se que a Aids está atingindo a terceira idade.

Neste estudo, os pacientes entrevistados que estavam com 51 anos ou mais foram em um número aparentemente pequeno de 20% (19/95) ao ser comparado às outras faixas etárias. Para Saldanha & Araujo (2006), a Aids vem se confirmando como uma ameaça à saúde pública e a tendência

sugere que, em pouco tempo, o número de idosos infectados pela HIV será ampliado significativamente, principalmente devido a vulnerabilidade física e psicológica, pouco acesso a serviços de saúde, além da invisibilidade com a qual é tratada sua exposição ao risco, seja por via sexual ou por uso de drogas ilícitas. Além disso, a falta de campanhas destinadas aos idosos faz com que esta população esteja geralmente menos informada sobre o HIV e menos consciente de como se proteger.

O grau de escolaridade tem sido utilizado como uma variante auxiliar na tentativa de traçar o perfil sócio-econômico dos casos notificados. Neste estudo, 51,5% (49/95) possuía o ensino médio (completo ou incompleto), o que mostra que os participantes deste estudo possuem um grau de educação média mesmo sendo uma população de um país em desenvolvimento o que discorda com relato de Pinto et al. (2007), que relataram que a Aids encontra-se em indivíduos com menor grau de escolaridade (educação básica), denominando assim como “pauperização”.

Quanto à etnia/cor, foi verificada maior frequência da cor branca 54,7% (52/95), seguida pela parda 33,7% (32/95) e cor preta 11,6% (11/95), mas seria difícil confirmar que Aids acomete mais uma certa etnia/cor. Isso é confirmado por Fry et al. (2007) em seu artigo sobre cor/raça e HIV/Aids no Brasil: onde relataram que não há séries históricas suficientes que permitam estabelecer tendência sobre as relações entre “cor/raça” e HIV/Aids no Brasil devido a uma elevada proporção de dados faltantes nos diversos bancos de dados brasileiros na área de saúde ou não. Brasil (2008) afirma que atualmente, houve melhoria da qualidade dos dados de etnia/cor no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), com redução do percentual de ignorados. Passou de 47,9% em 2000 para 8,8% em 2006. Essa escassez de dados referentes à variável etnia/cor da população estudada dificultou a elaboração de uma análise mais detalhada sobre o assunto.

No que se refere às relações familiares e sociais, mais da metade dos entrevistados 51,7% (52/95) mora com a sua família, a grande parte 56,8% (54/95) possui trabalho e a maioria 78,9% (75/95) possuem uma renda

familiar de um à quatro salários mínimos. Em alguns contextos, a família pode ser reconhecida como uma unidade de saúde e surge como uma fonte de ajuda para o ser humano com Aids, contribuindo para o seu equilíbrio físico e mental, concordando com Cardoso et al. (2008), que afirmaram que a família constitui um elo fundamental entre o paciente e o serviço de saúde, ajudando a melhorar a qualidade de vida e proporcionando maior adesão ao tratamento.

Além disso, usualmente, é ela (família) quem convive com as pessoas e presta cuidados diários aos seus membros, independentemente de sua condição de saúde, por isso é considerado um sistema de saúde para seus membros, sistema esse do qual faz parte um conjunto de crenças, valores e práticas que a guiam.

A transmissão sexual do vírus foi a mais citada bem como o comportamento heterossexual com 41,1% (39/95) confirmando os estudos que mostram que as relações sexuais respondem por 58% dos casos de Aids entre homens e por 86% dos casos entre mulheres (Sanematsu & Villera 2003). Os autores relatam que desde 1993 a relação heterossexual passou a ser a principal modalidade de exposição ao HIV, superando as relações homossexuais e bissexuais. A transmissão pelo UDI vem decrescendo ao longo dos últimos dez anos, após ter atingido o seu pico no início da década de 1990 em ambos os sexos o que foi mostrado neste estudo onde apenas 2,1% (2/95) dos entrevistados relataram ter contraído HIV através do UDI. Mas essa proporção pequena dos UDI neste estudo pode ser devido ao número de amostra ou porque os UDI morreram ou não estão regulares no tratamento. Isto sugere que as estratégias de prevenção devem incidir principalmente sobre os contextos de encontro sexual entre homens e mulheres, e comprova que a transmissão do HIV não acontece apenas mediante contatos esporádicos, profissionais do sexo, mas também, através do próprio parceiro fixo, tanto namorado (a) quanto marido, mudando o conceito de que a Aids é uma doença de um determinado “grupo de risco”, em geral aquelas pessoas de hábitos não tão bem aceitos pela sociedade (Brasil 2008).

Os entrevistados relataram ter apresentado varias reações negativas quando receberam o diagnostico como: angustia, raiva e tristeza 31,6% (30/95) e a maioria 51,6% (49/95) relatou ter depressão e vontade de morrer, o que é confirmado por (Lopes & Fraga 1998), em seu estudo realizado em Fortaleza sobre estresse e suas formas de enfrentamento em pessoas que vivem com Aids, onde observaram que as reações dos entrevistados, quando foram comunicados sobre sua condição de soropositivos, foram de não aceitação, inconformismo com a nova condição, relataram ter tristeza, depressão, medo de morrer e até tentativa de suicídio. Seidl (2005), também relata que há implicações significativas no aspecto psicológico da pessoa infectada. As complicações clínicas comumente associam-se aos transtornos psicológicos levando o indivíduo a sintomas depressivos, pois se sabe que há o tratamento, e a doença não tem cura. Porém, vale destacar o comportamento de tranqüilidade relatado pelo grande número dos pacientes entrevistados com 89,5% (85/95) em relação ao seu diagnóstico nos dias de hoje. Isso nos mostra o quanto esses pacientes são otimistas e provavelmente depositaram uma confiança no tratamento, mesmo sabendo que é uma doença que não tem cura, mas que tem o tratamento para prorrogar e melhorar a qualidade de vida.

Vale ressaltar um ponto interessante neste estudo entre 78,9% (75/95) dos entrevistados, relataram que falam do seu diagnóstico para sua família e amigos, e o grande número 84,2% (80/95) que afirmou ter recebido apoio emocional por lado da família e amigos. Seguindo a linha de raciocínio de Carvalho et al. 2007, a família e os amigos constituem-se em expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a infecção por HIV. Ainda, a participação de familiares em grupos de apoio, mesmo que seja difícil para a família lidar com o diagnóstico de HIV/Aids em um de seus membros, vem sendo identificada como algo positivo para o tratamento dos pacientes. Com o avanço do tratamento para Aids, tornou-se extremamente importante que os pacientes tenham uma boa adesão aos esquemas terapêuticos, a fim de que estes sejam efetivos. Nesse contexto, o apoio social e familiar parece ser um fator importante, já que a adesão pode exigir

a reorganização da vida diária e até a revelação da soropositividade às pessoas mais próximas. Considerando que a família é a principal fonte de apoio para soropositivos, afastar-se desse contato pode ser prejudicial.

Por outro lado, um pequeno número dos pacientes entrevistados 8,4% (8/95) prefere não contar para ninguém a respeito do seu diagnóstico. Segundo Carvalho et al. 2007, o que ocorre em alguns casos é que o medo do preconceito e do isolamento faz com que os pacientes evitem revelar o diagnóstico a familiares. Com isso, o enfrentamento da doença torna-se um processo solitário. De uma forma geral, os indivíduos desenvolvem crenças de que, se revelarem seu diagnóstico, não serão mais aceitos pela família, que ficarão sós e abandonados e que serão motivo de vergonha para seus familiares.

Quanto à experiência com a doença, neste estudo, o tempo médio do diagnóstico foi de 8,5 anos (DP± 4,8) e o tempo médio de terapia com antirretrovirais de 6,8 anos (DP ± 3,7). Dos entrevistados, 57,9% (55/95) relataram ter sido internados entre uma vez a quatro vezes por causa de doenças oportunistas em primeiro lugar, DST's e comorbidades, o que concorda com os dados encontrados no estudo realizado por Costa et al. 2006 sobre expectativas de pacientes com HIV/Aids hospitalizados onde relatou que o número de internação dos sujeitos variou de uma vez a quatro vezes destacando que entre as causas que justificavam as internações, estavam na sua maioria as DST's e doenças oportunistas.

As DST's e a Aids são doenças que representam grandes desafios para a saúde no contexto mundial. Neste estudo, 43,2% (41/95) dos entrevistados relataram ter tido por menos uma DST antes ou depois de infecção com HIV. É por isso que quando as DST's não são diagnosticadas ou não são tratadas precocemente são um meio de disseminação do vírus HIV e por isso são consideradas como um agravo para a saúde pública (Carret et al. 2004, Brasil 2006, Martins et al. 2006).

Nesse estudo, os dados mostram que as doenças oportunistas estavam presentes em mais da metade dos pacientes entrevistados com 53,7% (51/95). Em seu estudo, Figueiredo et al. (2000) sobre as características clínicas e epidemiológicas de pacientes com Aids e infecções oportunistas realizado em região de Ribeirão Preto através de revisão dos prontuários médicos de 1019 pacientes com Aids, revelou que os pacientes continuam sendo acometidos por ampla gama de processos infecciosos principalmente as doenças infecciosas durante a evolução da Aids, com destaque para a candidíase, as pneumonias bacterianas, a neurotoxoplasmose, a pneumonia por *Pneumocystis.carinii*, a sinusite, a diarreia, a neurocriptococose, com menção especial à tuberculose que acometeu cerca de 30% dos pacientes durante o período de seguimento.

Como foi observado nos resultados deste estudo, é importante levar em consideração alguns percentuais em relação as comorbidades 29,5% (28/95), uso de álcool 33,7% (32/95) e tabagismo 44,4% (42/95) na população estudada. Segundo o Brasil (2008), a infecção pelo HIV assume características crônico-degenerativas, com efeitos relacionados ao convívio ao longo do tempo com o vírus, suas comorbidades e à repercussão imunológica, além da ocorrência dos efeitos adversos do tratamento. Tais efeitos ocasionaram o surgimento de novas características nessa população, muitas delas acarretando condições estigmatizantes, como o que ocorre com a lipodistrofia, que muitas vezes compromete a qualidade de vida e a auto-estima. Com isso, as causas de morte diretamente relacionadas à Aids e suas doenças oportunistas também vêm caindo, com aumento das causas não associadas diretamente ao HIV, tais como os eventos cardiovasculares e o diabetes mellitus, configurando um novo perfil da doença em populações que têm acesso ao tratamento.

Nos resultados de análise bivariada, observou-se que pacientes de sexo masculino tem mais chances de ser fumantes em relação aos pacientes de sexo feminino (OR = 2,64; IC = 1,085 a 6,466; p= 0,034) e os mesmos pacientes de sexo masculino tem mais chances de ser etilistas em relação aos de sexo feminino (OR = 3,46 ; IC = 1,253 a 9,588; p= 0,014).

Também foi observado que entre os fumantes, a chance de adquirir uma comorbidade é de 2,59 vezes mais em relação aos não fumantes (OR- 2,59; IC 1,050 a 6,423; $p = 0,044$). Analisando outras variáveis em relação ao tabagismo e etilismo, não houve significância estatística. A pesquisa de Rego (2010) sobre associação entre uso de álcool em indivíduos com Aids e adesão ao tratamento antirretroviral, concluiu que o consumo de álcool está associado com pior prognóstico em pacientes com infecção de HIV/Aids. O seu uso problemático pode reduzir a adesão do paciente ao TARV, além de propiciar comportamentos de risco como uso de outras drogas e de aumentar a frequência de depressão.

Na observação dos avanços alcançados no conhecimento da infecção pelo HIV, destaca-se a evolução ocorrida no tratamento antirretroviral. Este tratamento, cuja história teve início no uso de monoterapia com Zidovudina (AZT), de 1994 a 1996, consolidou-se com a terapia dupla como padrão terapêutico e, a partir de 1996, com a terapia tríplice, de introdução dos inibidores da protease. Os novos regimes terapêuticos têm demonstrado a capacidade de diminuir ou mesmo de tornar indetectável a carga viral do HIV e reduzir a morbidade e mortalidade relacionada à Aids (Bonolo et al., 2007).

A TARV foi introduzida no sistema brasileiro de saúde em novembro 1996, como parte da política brasileira de acesso universal e gratuito aos serviços de saúde e aos medicamentos (Melchior et al. 2007).

De acordo com a Lei 9313/96 é responsabilidade do Governo a disponibilidade do tratamento mais adequado aos pacientes infectados pelo HIV de qualquer faixa etária, dentro dos parâmetros técnicos e científicos definidos pelo MS no Programa de DST/Aids, e o objetivo principal da terapia antirretroviral é prolongar o tempo e a qualidade de vida da pessoa infectada, retardando a progressão da imunodeficiência e/ou restaurando a imunidade ao máximo possível (Brasil 2008, Dourado et al. 2006).

Analisando as classes de esquemas dos antirretrovirais utilizadas por pacientes deste estudo, os resultados classificaram pacientes em três classes de tratamento antirretroviral. A primeira classe com grande número 57,9% (55/95) que utiliza esquema com Inibidores Nucleosídeos da

Transcriptase Reversa (INTR) que atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA que o vírus cria tornando essa cadeia defeituosa, impedindo que o vírus se reproduza, associados com Inibidores Não Nucleosídeos da Transcriptase Reversa (INNTR) que bloqueiam diretamente a ação da enzima e a multiplicação do vírus. A segunda classe com 41,1% (39/95) dos pacientes utilizam esquema com INTR associados com os Inibidores de Protease (IP) que atuam na enzima protease, bloqueando sua ação e impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV, e a terceira classe com um paciente (1,1%) , que utiliza esquema com INTR+ INNTR associados com IP. Observa-se que neste estudo nenhum paciente que utilizava os Inibidores de Fusão (IF), que impedem a entrada do vírus na célula e com isso não pode se reproduzir, e não foi encontrado esquema associada com os Inibidores da Integrase (II), que tem como ação bloquear a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano (o código genético da célula) e assim inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células (Brasil 2012).

Quanto ao uso do esquema antirretroviral, o Brasil é considerado pioneiro no acesso universal e gratuito da população e, desde a década de 1990, o MS incentiva o uso correto da medicação, o que vem diminuindo as taxas de internação hospitalar e óbito por complicações decorrentes da Aids (Brasil 2004). Porém, é de grande importância lembrar que o sucesso da terapia antirretroviral de alta potência para a Aids depende da manutenção de altas taxas de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso (Nemes et al. 2009, Junior et al. 2001), e o uso incorreto dos antirretrovirais está relacionado diretamente à falência terapêutica, facilitando a emergência de cepas do HIV resistentes aos medicamentos existentes.

O ponto interessante em relação ao tratamento é que 87,4% (83/95) dos pacientes entrevistados, relataram ter entendimento/ compreensão em relação a receita médica e 88,4% (84/95) deles afirmaram ter tomando as medicações conforme a receita médica. Porém há 12,6% (12/95) que afirmou não ter compreendido a receita médica e 11,6% (11/95) não segue a

receita médica. Isso é uma preocupação em relação ao sucesso do tratamento que é baseado na adesão do paciente ao tratamento. Muitos pacientes (97,9% 93/95) conseguem tomar medicações sem precisar de ajuda de alguém e a maioria 79% (75/95), reconhece suas medicações pelo nome ou pela cor. Sabe-se que dentre os vários fatores que podem levar o indivíduo a não aderir ao tratamento destaca-se a compreensão insuficiente sobre o uso dos medicamentos, bem como a falta de informação sobre os riscos advindos da não adesão. Para Ceccato et al. (2004), uma vez que as pessoas não podem tomar os medicamentos corretamente se não sabem como fazê-lo, fornecer informações sobre os medicamentos constitui atividade fundamental para promover a adesão. Uma comunicação inadequada entre o paciente e o profissional da saúde sobre os medicamentos e o cumprimento da prescrição, tem sido apontada como um dos principais fatores responsáveis pelo uso em desacordo com a prescrição médica e, constitui um dos mais freqüentes relatos de dificuldades na relação médico-paciente, durante entrevistas com indivíduos infectados pelo HIV. A literatura enfatiza a importância de fornecer aos pacientes informações por escrito, como meio de reforçar as instruções verbais e assim aumentar a compreensão do regime terapêutico prescrito. Vale lembrar que no projeto Com- Vivência existe um programa que trabalha com adesão do paciente ao TARV, orientando e reforçando as orientações que os pacientes recebem da equipe multiprofissional, o que pode ter contribuído para que a maioria dos pacientes deste estudo siga e compreenda a receita médica.

Sabe-se que a terapia com antirretroviral traz muitos benefícios aos pacientes, aumentando a sobrevida e melhorando a qualidade de vida, e que esses medicamentos são potentes para impedir a multiplicação do vírus no organismo, o que pode causar alguns efeitos colaterais desagradáveis; neste trabalho 77,9% (74/95) dos pacientes relataram ter dificuldades em tomar medicações principalmente devido aos efeitos colaterais como cefaléia, cansaço, sonolência, náusea, vômitos, diarreia e tontura. 91,6% (87/95) relataram ter continuando tomar suas medicações mesmo tendo

efeitos colaterais, apenas 3,2% (3/95) prefere suspender suas medicações por alguns dias e 5,3% (5/95) prefere não tomar as medicações caso não se sintam bem. E chama atenção o número de pacientes (70,5% 67/95) que afirmaram que tomam as medicações atrasadas (caso se esqueçam de tomar as medicações no horário certo), outro número considerável (27,4% 26/95) prefere pular a dose, e outros 2, 1% (2/95) prefere tomar uma dose dobrada caso esqueçam-se de tomar suas medicações no horário certo. Mais da metade dos entrevistados 57,9% (55/95) relatou que já trocou esquema de medicamento entre uma vez e varias vezes principalmente por falta de adaptação 20% (19/95), presença dos efeitos colaterais 18,% (18/95) e aumento de CV e diminuição de CD4+ 10,5% (10/95). Isso se torna preocupante em relação à adesão a TARV, pois estudos mostram que a aderência refere-se à conduta do indivíduo ao seguir as orientações da equipe multiprofissional, no que diz respeito à posologia, à quantidade de medicamentos por horário, o tempo de tratamento e às recomendações especiais para determinados medicamentos. A adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta na qual o indivíduo não apenas obedece à orientação médica, mas segue, entende e concorda com a prescrição estabelecida pelo médico e as orientações de toda equipe multiprofissional. Significa que deve haver um acordo entre o profissional de saúde e o indivíduo, relação onde são firmadas as responsabilidades de cada um e também de outras pessoas envolvidas no processo. É importante saber que pelo menos 95% de adesão é necessária para manter a carga viral indetectável (Gir et al. 2005, Bonolo et al. 2007).

No estudo realizado por Junior et al. (2001), sobre avaliação da aderência aos antirretrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids onde avaliou adesão de 120 pacientes observou que 74% dos pacientes estavam aderentes e 26% não estavam aderentes às medicações e a principal causa foi os efeitos colaterais. Concluíram que para melhorar a aderência, alguns fatores devem ser observados, entre eles: usar esquemas de antirretrovirais mais toleráveis, com menos efeitos colaterais; e disponibilidade da equipe assistente para atender e orientar bem os pacientes, tirando suas dúvidas e

explicando os procedimentos em linguagem simples e objetiva. É fundamental ajudar os pacientes a não se esquecer dos medicamentos, sugerindo alguns artifícios como utilização de um diário de uso dos antirretrovirais, realização de contabilidade semanal dos medicamentos e armazenamento dos mesmos em locais visíveis e de fácil acesso.

Em uma pesquisa de Carvalho et al. (2003) , pesquisando a adesão à TARV em residentes no DF, Brasil, constataram que 76% dos pacientes pesquisados relataram níveis de adesão iguais ou superiores a 95%, e renda familiar inferior a três salários-mínimos e uso de drogas ilícitas foram as variáveis significativas que constituíram maiores chances de adesão insatisfatória. Outro estudo realizado por Seidl et al. (2005) com 241 pacientes HIV+ do DF, constatou que 38,8% referiram interrupção do tratamento com antirretrovirais por conta própria, em algum momento da história da doença, e os principais motivos mencionados foram presença de efeitos colaterais e razões de natureza subjetiva e/ou psicológica. E neste estudo, os indicadores de CV e de CD4+ mostram que a maioria dos pacientes está aderindo e respondendo bem ao tratamento, considerando que 66,3% (63/95) apresentam a CV recente indetectável e 49,5% (47/95) apresenta CD4+ maior que 500mm³.

É importante destacar que o principal motivo que leva os pacientes deste estudo a tomar medicações: é o querer viver mais. Mais da metade 58,9% (56/95) afirmou que toma medicações por querer viver mais, outros pacientes 15,8% (15/95) tomam medicações por ter medo de doenças oportunistas e a outra parte 25,3% (26/95) tomam suas medicações por razão de ter medo de morrer, falta de opção, por ser obrigado e quer diminuir a CV e aumentar o CD4+. Esse ponto positivo de querer viver mais entre os pacientes entrevistados mostra que as PVHA estão cada vez mais otimistas. Isso pode ser porque aumentou a expectativa de vida dos soropositivos devido à terapia combinada e também pode ser resultados positivos do próprio programa de DST/Aids do HUB que conta com trabalho importante da equipe multiprofissional e o próprio trabalho do projeto Com-Vivência. A nova realidade dessas pessoas é o resultado do acesso

universal ao tratamento da doença e ao avanço das pesquisas, proporcionando a população o benefício do diagnóstico precoce, prática adotada pelo Brasil desde 1996. A partir deste momento, a doença passa a ser vista como um problema crônico grave e não mais como uma sentença de morte. Além de uma expectativa de vida maior, a qualidade de vida das PVHA também aumentou diferentemente do início da epidemia, no qual a condição de infectado impunha limites estreitos sobre o planejamento de vida, hoje o portador de HIV/Aids pode ter mais qualidade e expectativa de vida (Siegel & Lekas 2002, Canini et al. 2004).

Valer a pena ressaltar que grande número dos entrevistados deste estudo (42,1% 40/95), nunca trocou esquema do tratamento, mas também por outro lado observou-se um número importante que já trocou esquema de tratamento entre uma vez ou mais vezes, principalmente por motivo de falta de adaptação e dos efeitos colaterais 38,9% (37/95). Para a literatura, o tratamento com antiretrovirais é considerado um compromisso para a vida toda. Isso porque os esquemas considerados como os mais bem sucedidos são os que reduzem a carga viral do HIV a níveis baixos. Portanto, se houver a suspensão do tratamento, este controle fica comprometido, devido o aumento da carga viral e a diminuição da contagem de células CD4+, causando grande risco à saúde do paciente (Ceccato et al. 2004). Por isso é importante que os pacientes tenham compromisso com tratamento, visando seus benefícios em relação a sua saúde.

Observando os resultados laboratoriais dos sujeitos deste estudo, nota-se alguns pontos interessantes em relação aos resultados de CV e os valores de CD4+: onde no início de terapia 46,3% (44 /95) dos pacientes estavam com CV considerada alto (de 10.001 cópias até acima de 100.000 cópias/ml) e 43,2% (41/95) estavam com valor de CD4+ abaixo de 200mm³ (pela qual o tratamento com antirretroviral é recomendado). Já nos resultados recentes nota-se um ponto muito positivo onde mais da metade dos entrevistados 66,3% (63/95) apresenta CV indetectável, e 49,5% (47/95) dos pacientes apresentam o valor de CD4+ acima de 500mm³. Isso mostra mais uma vez a importância da terapia antirretroviral na vida desses

pacientes, e confirmando o que muitos pacientes deste estudo relataram: que entendem e procuram tomar as medicações conforme as orientações recebidas pela equipe de saúde. Também isso destaca a evolução ocorrida no tratamento antirretroviral pelos novos regimes terapêuticos que têm demonstrado a capacidade de diminuir ou mesmo de tornar indetectável a carga viral do HIV e reduzir a morbidade e mortalidade relacionada à Aids (Brasil 2008, Bonolo et al. 2007).

A análise geral dos resultados deste estudo em relação a autoavaliação feita pelos os sujeitos, apontou para uma avaliação positiva no que se refere aos serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB. Os pacientes em sua grande maioria relataram estar satisfeitos com os serviços prestados pela equipe multiprofissional que os atendem no programa. O grande número dos pacientes avaliou o programa DST/Aids do HUB como “ótimo” e “bom” com 49,5% (47/95) e 33,7% (32/95) respectivamente. Porém há 15,8% (15/95) dos pacientes que avaliaram os serviços como “regular” o que mostra que para alguns pacientes ainda precisa melhorar os serviços prestados. Essa avaliação frente aos serviços recebidos por esses pacientes contribui em grande parte na adesão do tratamento. Pois, sabe-se que o atendimento que o paciente recebe vai ser um dos fatores que vai interferir no seu tratamento tanto para uma boa adesão ou para má adesão. Segundo a literatura, as primeiras pesquisas no campo da avaliação em saúde, ainda na década de 1970, referiam-se à satisfação do paciente. O objetivo era conseguir melhores resultados clínicos, por meio da adesão ao tratamento, em três dimensões: comparecimento às consultas; aceitação das recomendações e prescrições e uso adequado dos medicamentos (Vaitsman & Andrade 2005).

Em relação às consultas médica, da psicóloga e da assistência social, muitos pacientes deste estudo, referiram que se sentem bem durante essas consultas e com 97,9% (93/95), 85,3% (81/95) e 86,3% (82/95) respectivamente, os pacientes afirmaram estar satisfeitos com a consulta multiprofissional. Isto é um dos pontos interessantes na população deste estudo, pois, a consulta multiprofissional é importante para o paciente com

HIV/Aids, é onde o paciente vai interagir com a equipe de saúde e o profissional vai poder acompanhá-lo em diferentes pontos de sua saúde e principalmente no que se refere ao seu tratamento . E chama atenção a soma de 28,4% (28/95) dos pacientes que relatou que não se sente satisfeito com a consulta da psicóloga e da assistência social, isso talvez porque alguns pacientes não gostem de contar suas vidas, ou são aqueles que ainda não adquiriram a confiança com a equipe. Segundo a literatura, a falta de regularidade às consultas de acompanhamento é associada a não adesão ao TARV. Os profissionais de saúde, articulados em equipes multidisciplinares, devem ter em mente que, para alcançar um tratamento com efetividade, deve-se buscar uma aliança com o paciente, buscando a participação ativa do paciente no desenvolvimento de habilidades para lidar com um regime terapêutico complexo e de difícil adaptação à vida de cada sujeito em tratamento para o HIV/Aids (Bonolo et al. 2007).

Grande parte dos pacientes (49,5% 47/95) relatou que o tempo de espera para consulta (consulta médica) é regular e chama atenção os 25,3 % (24/95) dos pacientes, que estão insatisfeitos com relação a esse tempo de espera, eles relataram que o paciente espera muito tempo para ser atendido e que tem poucos médicos para atender. Esses pacientes que estão insatisfeitos acham que deveria aumentar o número dos médicos atendentes. Mas, deve-se lembrar que o hospital é um hospital de ensino ligado à uma universidade onde tem vários aluno, residentes e internos da medicina que sempre estão lá para ajudar no atendimento desses pacientes e que precisam também serem tomados, sendo que isso não prejudica o atendimento, o que aparece é que as consultas são demoradas pois é necessário atender o paciente na sua integralidade .

Talvez o problema não seja que tem poucos médicos para atender; o que foi observado durante a realização das entrevistas, é que mesmo tendo agenda de pacientes marcados para serem atendidos, sempre tem outros pacientes que não estão agendados e que aparecem para serem atendidos, o que causava a desorganização do serviço. Talvez, seria importante, organizar melhor o fluxo dos pacientes, o agendamento e organizar os

serviços de maneira que não prejudique o paciente que está aguardando para ser atendido.

Poderia ser útil também a criação de “atividades de sala de espera”, pois sabe-se que a espera pela consulta é um momento que pode permitir outro meio de diálogo entre a equipe de saúde e o usuário. Seria um espaço coletivo, que garante a participação dos sujeitos sociais envolvidos, favorecendo várias discussões. Por isso, desenvolver trabalhos em sala de espera, como atividades de adesão e de educação em saúde, pode ser uma fonte de referências e informações para os usuários, e com isso não haveria essa crítica negativa relatada pelos pacientes que estão insatisfeitos com tempo de espera para consulta.

Quanto ao relacionamento entre a equipe de saúde e o paciente, os resultados deste estudo apontaram para um ponto interessante onde quase todos os pacientes entrevistados (94,7% 90/95) afirmaram que se sentem acolhidos no programa pela equipe multiprofissional, a relação entre o profissional e o paciente foi avaliada pela maioria (53,7% 51/95) como “boa” e 45,3% (43/95) dos pacientes, avaliaram esta relação como “muito boa”. O interessante ainda, é que o grande número dos pacientes 89,5% (95/95), relatou ter confiança na equipe, porém (10,6% 10/95) dos entrevistados relataram ter sentimentos de desconfiança, preocupação e raiva da equipe de saúde, o que caberia uma investigação mais detalhada para saber o porquê desse comportamento desses pacientes.

Grande número dos pacientes (96,8% 92/95) relatou não ter percebido nenhum comportamento diferente ou negativo da equipe em relação ao paciente. O que mostra que a equipe multiprofissional que lida com esses pacientes diariamente está comprometida com seu trabalho procurando atender esses pacientes da melhor forma possível visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes com HIV/Aids. Seidl (2005) relata que o acolhimento, como processo inicial da relação profissional de saúde-paciente, é muito importante, pois falhas nessa fase podem comprometer a vinculação do usuário. Ao contrário, a satisfação do paciente com o seu atendimento desde o acolhimento tende a favorecer o vínculo

com a equipe e com o serviço, bem como a adesão ao tratamento. Segundo Cheever (1999), a relação estabelecida entre os profissionais de saúde envolvidos na assistência às PVHA é de suma importância para o processo de adesão. Na abordagem de várias doenças crônicas, a confiança no médico está associada à boa adesão e, por si só, representa um instrumento terapêutico. Uma relação médico-paciente adequada, com empatia e boa comunicação, podem promover a adesão ao tratamento.

Vale ressaltar que a avaliação de cada membro da equipe multiprofissional feita pelo grande número dos pacientes foi positiva. A equipe médica, da psicologia, de assistência social e da farmácia foi avaliada como “ótimo” com 74,7% (71/95); 54,7% (52/95); 46,3% (44/95) e 67,4 (64/95), respectivamente. E a equipe do laboratório, da recepção e de seguranças foi avaliada como “bom” com 53,7% (51/95); 56,8% (54/95) e 57,9% (55/95) respectivamente. Mas, vale destacar que a soma de 42,1% (40/95) dos pacientes que avaliaram os serviços do atendimento da recepção e de seguranças como “regular”, pois provavelmente esse número dos pacientes acha que os serviços desses profissionais devem melhorar. Esta avaliação é importante tanto para os profissionais e como também para o paciente, pois mostra o quanto o paciente se sente bem quando é atendido bem pela essa equipe multiprofissional. Segundo Brasil (2007), a atitude acolhedora do profissional possibilita estabelecer o vínculo do usuário com a equipe e com o serviço de saúde, fator determinante para adesão ao tratamento e ao serviço.

A literatura defende a importância da relação de confiança entre a equipe de saúde e o paciente, afirmando que é necessário enxergar o paciente não como um ser passivo, que entrega sua saúde à responsabilidade do médico, mas como um ser humano, dono do seu corpo, da sua saúde e da sua cabeça e com capacidade para participar efetivamente no tratamento e na tomada de decisões. Essa postura de perceber o outro enquanto sujeito histórico, social, capaz e semelhante contribui para o desenvolvimento de um trabalho bem sucedido e para as relações horizontais entre profissionais e pacientes (Maia 2003).

Em relação ao apoio emocional, os pacientes relataram que recebem apoio emocional de alguns profissionais como médicos com 62,1% (59/95), assistência social 62,1% (59/95) e psicólogos com 72,6% (69/95). Chama atenção o número grande de pacientes 45,3% (43/95) que relatou que não recebe apoio emocional dos farmacêuticos e quase todos os pacientes 98,9% (94/95), relatam que não recebem o apoio emocional de outros pacientes, e seria importante frisar a realização de mais encontros entre os próprios pacientes, realizar atividades em conjuntos com alguns profissionais de saúde, pois esses encontros podem ser úteis para muitos pacientes. O profissional deve saber que é importante apoiar esses pacientes para que possam enfrentar a doença em todos os aspectos principalmente na adesão ao tratamento. Brasil (2007), afirma que uma relação adequada entre o profissional e paciente, com boa comunicação, permite construir a aceitação do regime de tratamento prescrito. Muitas vezes o paciente não tem outra fonte de apoio a não ser a do profissional. Durante as entrevistas, os pacientes relataram que não falam sobre a sua doença para qualquer pessoas, às vezes para evitar as conseqüências que eles possam sofrer, e talvez seja por isso que não recebem apoio emocional vindo da parte de outros pacientes.

Quanto à equipe dos profissionais apontada como não oferecedora de apoio emocional para os pacientes, é importante saber que o farmacêutico é um dos profissionais que desempenha um papel chave no programa de adesão ao TARV. Segundo a literatura, a equipe da farmácia poderá trabalhar em consultas educativas em adesão, nas quais terá a oportunidade de perceber e rever a capacidade dos pacientes para entender os conceitos-chave relacionados ao tratamento e à adesão, mostrando como devem seguir seu tratamento (Brasil 2010).

É importante destacar que neste estudo a maioria dos pacientes afirmou que tem recebido as orientações em relação à doença principalmente pela equipe médica com 90,5% (86/95), equipe de farmacêuticos com 69,5% (66/95) e pela equipe de psicólogos com 40,0% (38/95). Esse é um ponto positivo por parte da equipe multiprofissional e

mostra o quanto o profissional está envolvido na sua tarefa de conhecer as dificuldades que seu paciente enfrenta em relação a sua doença. A orientação da equipe multiprofissional em relação à doença para os pacientes é importante, pois o paciente precisa conhecer e entender a sua doença; para Brasil (2008), a não aceitação da doença por parte do paciente vai interferir para não adesão de tratamento. É por isso que o profissional precisa estar atento para orientar e esclarecer qualquer dúvida que possa vir da parte do paciente em relação a sua doença. Entretanto, ainda neste ponto de orientar os pacientes em relação a sua doença, o maior número dos pacientes 45,3% (43/95), apontou negativamente que não recebe essa informação da parte de assistência social. Como foi observado durante a realização das entrevistas, o projeto Com-Vivência conta com um profissional de serviço social, sendo que a demanda dos pacientes é muito grande, é provável que esse profissional não consiga ter um tempo suficiente para passar mais informações/ orientação para esses pacientes. O assistente social tem um papel fundamental na assistência as PVHA. O assistente social como profissional tem que ter uma abrangente visão social e desenvolve sua prática no cotidiano dos usuários, vai construindo possibilidades para desenvolver suas potencialidades no sentido de diminuir sua vulnerabilidade frente à doença e à sociedade, facilitar o acesso aos serviços públicos e promover sua inserção na sociedade, trabalha seus medos, suas angústias, suas dúvidas e dificuldades frente ao diagnóstico da doença.

Em relação às medidas preventivas contra infecção por HIV/Aids , os pacientes afirmaram que são orientados por maior parte da equipe multiprofissional: com 69,5% (66/95) dos médicos, 69,5% (66/95) dos psicólogos e 56,8% (54/95) de assistência social. Mas, por outro lado, a equipe dos farmacêuticos com 49,5% (47/95), foi apontada mais uma vez que não passa essa orientação para os pacientes. Portanto, a equipe multiprofissional deve saber que a prevenção é a medida mais eficaz a ser assumida contra estas doenças, tanto pela população leiga como científica, e para tanto a educação em saúde assume importância de realce, uma vez

que se trata de instrumento básico para conscientizar e informar as pessoas. A literatura deixa claro que a educação ao público é considerada uma das medidas mais efetivas para reduzir a disseminação da Aids, favorecida principalmente por relações sexuais com pessoas infectadas ou por exposição a sangue e seus derivados contaminados pelo HIV. A educação é uma função inerente aos profissionais de saúde, e embora aparentemente simples e fácil, é um processo complexo que envolve numerosos aspectos inerentes ao comunicador, a comunicação e a audiência para que as metas se tornem factíveis e atinjam os objetivos esperados (Gir et al. 1999).

O diálogo entre o profissional e o paciente é um dos fatores que conduz a confiança. Pois, se o paciente precisa ser escutado e quer receber um atendimento humanizado, o profissional também precisa conhecer bem o seu paciente, e isso vai acontecer durante esse diálogo entre os dois. Esse diálogo vai criar o vínculo e estabelecer a confiança entre o profissional e o paciente, e este processo de interação visa, sobretudo, tornar efetiva a qualidade da assistência ao paciente. De acordo com os resultados deste estudo, vale destacar que a equipe multiprofissional foi avaliada de maneira positiva pelos pacientes por ser uma equipe que dialoga freqüentemente com seus pacientes: com 91,6% (87/95) dos médicos, 87,4% (83/95) dos psicólogos, 78,9% (75/95) de assistência social e 70,5% (67/95) dos farmacêuticos. Isso mostra o quanto essa equipe dos profissionais está interagindo com o paciente. É de suma importância para equipe multiprofissional saber que a necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade nos serviços de saúde. De acordo com Dias et al. (2010), não basta a preocupação com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não há mudanças no modo como os profissionais de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos pacientes.

Em relação aos serviços de atendimento no programa, 81,1% (77/95) dos pacientes entrevistados afirmaram estar satisfeitos com o atendimento, mas o que chama atenção é o percentual de 30,5% (29/95) dos pacientes

que relatou ter observado algumas falhas durante o atendimento recebido. Durante as entrevistas, esses pacientes relataram que não são atendidos nos horários que foram marcados na agenda e o tempo demorado para consulta, que eles alegam que é devido à falta dos profissionais suficientes para atender aquele número dos pacientes. Vale muito apenas destacar que quase todos os pacientes 98,9% (94/95) relataram que não é fácil conseguir serviços de especialidades médicas e ainda há alguns pacientes que perceberam que tem falta de alguns profissionais tanto no projeto Com-Vivência como também na equipe multiprofissional do programa. Os profissionais mais citados que fazem a falta é o enfermeiro e nutricionista.

Na análise bivariada feita entre os grupos de fumante / não fumantes e o grupo de estilistas / não estilistas para avaliar como os quatro grupos avaliam os serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB, não mostrou nenhuma diferença estatística entre os grupos, pois os quatro grupos avaliaram os serviços do programa de maneira positiva.

Os serviços de saúde do programa DST/Aids do HUB foram avaliados em geral pelos pacientes como “muito bom” e “bom”. Avaliando todos os serviços em geral, 50,5% (48/95) dos pacientes relataram que os serviços são bons. Porém 16,8% (16/95) dos pacientes deste estudo avaliaram os serviços em geral como “regular” querendo dizer que ainda há o que melhorar nos serviços do programa DST/Aids do HUB. Os serviços médicos, da psicologia e da farmácia, foram avaliados como “muito bom” com 55,8% (53/95); 52,6% (50/95); 47,4% (45/95), respectivamente. Já, os serviços de assistência social e do laboratório foram avaliados como “bom” com 49,5% (47/95); 53,7% (51/95), respectivamente. Esta avaliação feita através da autoavaliação dos pacientes é importante para o programa DST's e Aids do HUB, porque mostra para o próprio profissional como é avaliado por seu paciente e mostra o quanto o paciente está satisfeito com os serviços de saúde que ele utiliza. Porém sabe-se que os resultados da maioria das pesquisas de avaliação, seja nacionais ou internacionais, têm sido bastante positivos em relação aos serviços de saúde, especialmente nas pesquisas com respostas fechadas. Na grande maioria dos estudos realizados, quem

utiliza os serviços, sejam eles chamados de pacientes ou usuários, são muito pouco críticos em relação à sua qualidade. Isso pode ser influenciado pelo “sentimento de gratidão” que pode dificultar uma visão mais crítica do atendimento. Os pacientes evitariam criticar os serviços devido a este viés, tanto pelo medo de perder o acesso, como também pela relação de dependência dos profissionais de saúde (Vaitsman & Andrade 2005).

De acordo com Dias et al. (2010), para satisfazer o cliente é necessário ter primeiro uma compreensão profunda de suas necessidades e, em seguida, possuir os processos de trabalho que possam, de forma efetiva e consistente, resolver essas necessidades. Para isso, a organização deverá traduzir essas necessidades em requisitos e cumprir esses fatores, sempre, porque o cliente não exigirá menos. Isso requer dedicação de recursos para coletar e analisar dados e informações, sistematicamente, para entender os requisitos e as percepções do cliente.

A satisfação do usuário é um dos fatores que determina a qualidade do atendimento nos serviços de saúde e por meio da qual se obtêm dados sobre expectativas e buscam-se soluções para a melhoria do serviço prestado. É preciso criar um vínculo com o paciente para que este adquira confiança e credibilidade no trabalho do profissional. Fadel & Filho (2009), atribuem à qualidade de serviços a diferença que existe entre as expectativas e as percepções dos clientes sobre um serviço experimentado. A chave para assegurar uma boa qualidade de serviço é obtida quando as percepções dos clientes excedem suas expectativas. Porém, não basta compreender a importância de se fornecer serviços com excelente qualidade, é preciso que haja um processo contínuo de monitoração das percepções dos clientes sobre a qualidade do serviço, identificação das causas das diferenças encontradas e adoção de mecanismos adequados para a melhoria.

Limitação do estudo e recomendações

Em relação às potenciais limitações da pesquisa, no estudo foi utilizada estratégia de amostragem por conveniência, e este método apresenta fortes limitações porque os resultados e as conclusões só podem aplicados à amostra construída, não podendo ser generalizados com confiança para a população. Quanto ao número de participantes foi entrevistado 33% da população (95/291) devido ao prazo do tempo de estudo, e esse tempo foi suficiente para atender os objetivos da pesquisa. Alguns vieses podem ser observados no estudo, pelo fato de ter abordado pessoas que tiveram interesse próprio em participar no estudo que podem ser aqueles pacientes que estão aderidos ao tratamento e que tem olhar positivo com serviços oferecidos pelo programa, e isso poderia ter influenciado na avaliação positiva em relação aos serviços de saúde oferecidos à eles e a informação pode ser extrapolada para este tipo da população. Como recomendações, o programa DST/Aids do HUB precisa fortalecer o acolhimento dos pacientes , fortalecer a inserção do programa no contexto geral do HUB e fortalecer ação das equipes multiprofissionais. É preciso também mais estudos com a metodologia mais adequada para compreender melhor a avaliação dos insatisfeitos com serviço oferecidos pelo programa DST/Aids do HUB.

VII. CONCLUSÕES

1. Do número total de pacientes entrevistados, 61 foram do sexo masculino (64,2%) e 34 foram do sexo feminino (35,8%). A média das idades foi de 42 anos e a moda de 37 anos. Idade mínima foi de 19 anos e máxima de 73 anos. Houve maior freqüência de indivíduos na faixa etária entre 31 – 50 anos (69,5%). Foi observado que a maioria era solteiro (50,5%) e predominou a cor/raça branca. A maioria mora com a família, trabalha e possui rendas e escolaridade média;
2. A principal categoria de exposição para a doença (HIV/Aids) foi a de heterossexual (41,5%). A primeira reação dos pacientes ao receber o diagnostico foi a de vontade de morrer (26,3%) e a depressão (25,3%). Mas hoje, 89,5% reage de maneira tranqüila com o diagnostico. A maioria fala seu diagnostico para família e amigos (78,9%) e recebe apoio deles (84,2%);
3. Neste estudo, o tempo médio do diagnostico foi de 8,5 anos ($\pm 4,8$) e o tempo médio de terapia com antirretrovirais foi de 6,8 anos ($\pm 3,7$). Mais da metade dos entrevistados está em uso dos INTR + INNTR (57,9%) e a maioria entende e segue a receita médica. A maioria já foi internada entre três a quatro vezes (49,5%), principalmente por causa de doenças oportunistas (72,1%);
4. Dos entrevistados, 44,2% são fumantes, 33,7% são etilistas e a maioria já apresentou uma doença oportunista (53,7%). Grande número (77,9%) apresenta dificuldades para tomar medicações, principalmente devidos aos efeitos colaterais, e alguns pacientes (27,4%) preferem pular a dose caso se esqueçam de tomar as medicações;
5. O principal motivo que leva a maioria dos pacientes deste estudo (58,9%) a tomar as medicações é o fato de querer em viver mais. 41% dos pacientes já trocaram esquema de tratamento por três vezes ou mais por falta de adaptação;

6. Nos exames recentes, mais da metade dos entrevistados (66,3%) apresenta CV indetectável, e 49,5% dos pacientes apresentam o valor de CD4+ acima de 500mm³;
7. Pela análise bivariada, observou-se que os pacientes de sexo masculino tem mais chances de ser fumantes e etilistas em relação aos pacientes de sexo feminino, com significância estatística;
8. Análise bivariada mostrou que entre os fumantes, a chance de adquirir uma comorbidade é de 2,59 vezes a chance dos não fumantes e houve significância estatística. E foi observado que o fato de ser fumante e ser etilista não interferiu em nenhuma variável clínica;
9. O programa DST/Aids do HUB de uma maneira geral foi avaliado pelos pacientes deste estudo como “ótimo” e “bom”. Os pacientes sentem-se satisfeitos com a consulta multiprofissional, porém observou-se que 25,3% dos pacientes não estão satisfeitos com o tempo de espera para consulta, principalmente a consulta médica;
10. Os pacientes referiram que a maioria dos profissionais da farmácia não orienta os pacientes em relação às medidas preventivas da doença e não oferece apoio emocional aos pacientes e o profissional da assistência social não orienta os pacientes em relação à doença em si;
11. A maioria está satisfeita com atendimento e com os serviços, porém não tem acesso fácil as especialidades médicas e sente falta de alguns profissionais como o enfermeiro e a nutricionista no programa;
12. Análise bivariada mostrou que o fato de o paciente ser fumante ou etilista não muda nada em relação a sua percepção sobre os serviços de saúde, os pacientes fumantes e etilistas mostraram a percepção positiva com os serviços de saúde do HUB que eles utilizam;
13. Avaliação geral feita por grande parte dos pacientes mostrou que os serviços de saúde do HUB em geral são bons, e a equipe multiprofissional foi avaliado por número grande dos pacientes como “muito bom” e “bom”.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adami NP, Maranhão AMSA. Qualidade dos serviços de saúde: conceitos e métodos avaliativos. *Rev. Acta Paulista Enfermagem*. São Paulo,1995; 8(4): 47-55.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico. Aids*. [online]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais/>. [2 abril 2012].

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico 2010*. Brasília 2011. Disponível em http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011. [07 fevereiro 2012].

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico 2010*. Brasília 2010. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2010/folder_aids_2010_pdf_55624.pdf. [26 março 2012].

Brasil. *Boletim Epidemiológico de DST/Aids do Distrito Federal*. Número 02/2010, Brasília 2010. Disponível em: <http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/00000047.pdf>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Protocolo de assistência farmacêutica em DST/HIV/Aids*: recomendações do Grupo de Trabalho de Assistência Farmacêutica. Brasília 2010.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico 2008*. Brasília 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Avaliação da assistência ambulatorial a os adultos vivendo com HIV/ Aids .Qualiaids*. Relatório 2007/ 2008. Brasília 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Qualiaids. *Avaliação e Monitoramento da Qualidade da Assistência Ambulatorial em Aids no SUS*. Brasília 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. Brasil 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. *Manual de adesão ao Tratamento para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS*. Brasília 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids: Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV*. Brasília 2008.

Brasil. Ministério da Saúde. *O que é HIV e AIDS*. Brasília 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMIS9C8919D5PTBRIE.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico 2008*. Brasília 2008. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/main.asp?Team=%7BA76627CD-2D68-49D1-97AF-48955E24AF99%7D>

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST*. Ano IV, no. 1, 01ª, 26ª de 2007 – semanas epidemiológicas. Janeiro a junho 2007. Brasília 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico – AIDS e DST*. Ano XIII. Brasília 2000. Disponível em: <http://www.aids.gov.br>.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids*. Brasília 2007.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Secretaria de Vigilância em Saúde Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Sexualmente transmissíveis. *Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília 2005.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde: Programa Nacional de DST/Aids. *Recomendações para Terapia Anti-Retroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV*. Brasília 2004.

Brito AM, Szwarcwald, CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento anti-retroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999 - 2002. *Rev. Assoc. Med. Bras.* 2006; 52(2): 86-92.

BritoA M, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2001; 34(2): 207-217.

Bonolo PF, Gomes RRFM, Guimarães, MDC. Adherence to Antiretroviral Therapy (HIV/Aids): Factors Associated and Adherence Strategies. *Epidemiol. Serv. Saúde.* Brasília, 2007; 16(4): 261-278.

Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Gir E, Pelá, NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/Aids: uma revisão de literatura. *Rev Latino-am Enfermagem.* 2004; 12(6): 940-945.

Cardoso AL, Marcon SS, Pagliarini MA. O impacto da descoberta da sorologia positiva do portador de HIV/Aids e sua família. *Rev. enferm. UERJ.* Rio de Janeiro, 2008; 16(3): 326-332.

Carvalho CV, Duarte DB, Hamann EM, Bicudo E, Laguardia J. Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2003; 19(2): 593-604.

Carvalho FT, Morais NA, Koller SH, Paccinini CA. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 2007; 23(9): 2023-2033.

Carret MLV, Fassa ACG, Silveira DS, Bertoldi AD, Hallal PC. Sintomas de doenças sexualmente transmissíveis em adultos: Prevalência e fatores de risco. *Rev Saúde Pública.* São Paulo, 2004; 38(1): 76-84.

Ceccato MGB, Acurcio FA, Bonolo PF, Rocha GM. Compreensão de informações relativas ao tratamento anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Cad. Saúde Pública* 2004; 20(5): 1388-1397.

Cheever L. Medication adherence among HIV-infected patients: understanding the complex behavior of patients taking this complex therapy. *Current Infectious Disease Reports* 1999; 1: 401-407.

Colombini MRC, Lopes MHBM, Figueiredo RM. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/Aids. *Rev. Esc. Enfermagem USP.* 2006 40(4): 576-581.

Costa JP, Silva LMS, Silva MRF, Miranda KCL. Expectativas de pacientes com HIV/Aids hospitalizados, quanto à assistência de enfermagem. *Rev. bras. enferm.* 2006; 59(2): 172-176.

Dias OV, Lais HR, Simone MC. Avaliação da Qualidade dos Serviços de Saúde na Perspectiva da Satisfação dos Usuários. *Revista Pró-univerSUS*, Vassouras, 2010; 1(1): 11-26.

Donabedian A. The effectiveness of quality assurance. *Int J Qual Health Care* 1996; 8(4): 401-407.

Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev. Saúde Pública* 2006; 40: 9-17.

Facchini LA, Piccini RX, Tomasi E, Thumé E, Silveira DS, Siqueira FV, Rodrigues MA. Performance of the PSF in the Brazilian South and Northeast: institutional and epidemiological Assessment of Primary Health Care. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, 2006; 11(3).

Fadel MAV, Filho GIR. *Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde: um estudo de caso*. Rio de Janeiro, 2009; 43(1): 07-22.

Fadel MAV, Filho, GIR. *Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde*. XXVI ENEGEP - Fortaleza, 2006.

Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com Aids ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, 2001; 9(4).

Figueiredo JF, Reis VMF, Machado AA, Oyama SR, Martinez R, Figueiredo LTM, Fonseca BAL, Costa JC, Moya MJ, Castro G. Características clínicas e epidemiológicas de pacientes da região de Ribeirão Preto-SP, Brasil com Aids e infecções oportunistas. *Medicina*, Ribeirão Preto, 2000; 33: 141-146.

Flores-Peña Y, La Gala SEVR, Cerda-Flores RM. Satisfação materna com o cuidado da enfermeira materno-infantil em Campeche, México. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2009; 17(5): 645-650.

Fry HP, Monteiro S, Maio MC, Bastos FI, Santos RV. Os autores respondem: Cor/raça e HIV/Aids no Brasil: uma tréplica. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2007; 23(3): 497-523.

Fernandes SKS, Coutinho ACM, Pereira EL. Avaliação do perfil socioeconômico e nível de satisfação dos pacientes atendidos em clínica

integrada odontológica universitária. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde* 2008; 21(2): 137-143.

Franco SC, Campos GWS. Avaliação da qualidade de atendimento ambulatorial em pediatria em um hospital universitário. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 1998; 14(1)

Gir E, Vaichulonis CG, Oliveira MD. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIVAids assistidos em uma instituição do interior paulista. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, 2005; 13(5).

Gir E, Moriya TM, Hayashida M, Duarte G, Machado AA. Medidas preventivas contra a Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis conhecidas por universitários da área de saúde. *Rev. latino-am. Enfermagem*. Ribeirão Preto, 1999; 7(1): 11-17.

Jorge MSB, Guimarães JMX, Vieira LB, Paiva FDS, Silva DR, Pinto AGA. Avaliação da qualidade do Programa Saúde da Família no Ceará: A satisfação dos usuários. *Revista Baiana de Saúde Pública* 2007; 31(2): 256-266.

Júnior LL, Greco DB, Carneiro M. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev. Saúde Pública* 2001; 35(6): 495-501.

Kotaka F, Pacheco MLR, Higaki Y. The evaluation by users of hospitals which participate in the hospital quality program of S. Paulo state, Brazil. *Rev. Saúde Pública* 1997; 31(2): 171-177.

Lopes MVO, Fraga MNO. Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 1998; 6(4): 75-81.

Luiz LJ, Dirceu BG, Mariangela C. Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Rev Saúde Pública* 2001; 35(6): 495-501.

Macedo CR, Frauches DO, Macedo LR, Moreira-Silva SF, Nader PRA, Lima APNB, Maciel ELN. Predictors of changes in drug regimens for treating AIDS in children. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2009; 42(6): 666-671.

Maia L. *A importância do afeto, da troca e da igualdade*: Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade. Rio de Janeiro, 2003; p.16-18.

Malta DC, Castro AM, Gosch CS, Cruz DKA, Bressan A, Nogueira JD, Neto OLM, Temporão JG. A Política Nacional de Promoção da Saúde e a agenda

da atividade física no contexto do SUS. *Epidemiol. Serv. Saúde*. Brasília, 2009; 18(1).

Martins LB, Paiva LHSC, Osis MJD, Sousa MH, Neto AMP, Tadini V. Fatores associados ao uso de preservativo masculino e ao conhecimento sobre DST/AIDS em adolescentes de escolas públicas e privadas do Município de São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2006; 22(2): 315-323.

Melchior R, Nemes MIB, Basso CR, Castanheira ERL, Alves MTSB, Buchalla CM, Donini AA, Equipe QualiAids. Avaliação da estrutura organizacional da assistência ambulatorial em HIV/Aids no Brasil. *Saúde Pública*, São Paulo, 2006; 40(1).

Nemes MIB, Castanheira ERL, Melchior R, Alves MTSB, Basso CR. Avaliação da qualidade da assistência no programa de Aids: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2004; 20(2): 310-321.

Nemes MIB, Castanheira ERL, Helena ETS, Melchior R, Caraciolo JM, Basso CR, Alves MTSSB, Alencar TMD, Ferraz DAS. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras*. 2009; 55(2): 207-212.

Neves MAB. Avaliação da qualidade da prestação de serviços de saúde: um enfoque baseado no valor para o paciente. Disponível em: [http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/Material %20CONSAD/paineis III congresso consad/painel 9/avaliacao da qualidade da prestacao de servicos de saude.pdf](http://www.repositorio.seap.pr.gov.br/arquivos/File/Material_%20CONSAD/paineis%20III%20congresso%20consad/painel%209/avaliacao%20da%20qualidade%20da%20prestacao%20de%20servicos%20de%20saude.pdf). [11 março 2010].

Oliveira MA, Esher AFSC, Santos EM, Cosendey MAE, Luiza VL, Bermudez JAZ. Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2002; 18(5): 1429-1439.

Oliveira AML, Guirardello EB. Satisfação do paciente com os cuidados de enfermagem: comparação entre dois hospitais. *Rev. esc. enferm. USP*. 2006; 40(1): 71-77.

Odino NG, Guirardello EB. Satisfação da puérpera com os cuidados de enfermagem recebidos em um alojamento conjunto. *Texto contexto - enferm*. 2010; 19(4): 682-690.

Paidoin SMM, Machiesqui SR, Paula CC, Tronco CS, Marchi MC. Cotidiano terapêutico de adultos portadores de síndrome de imunodeficiência adquirida. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, 2010; 18(3): 389-393.

Paterson DL, Swindell S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, Wagner MM, Singh N. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals Int. Med.* 2000; 133(1): 21-30.

Phillips AN, Dunn D, Sabin C, Pozniak A, Matthias R, Geretti AM, Clarke J, Churchill D, Williams I, Hill T, Green H, Porter K, Scullard G, Johnson M, Easterbrook P, Gilson R, Fisher M, Loveday C, Gazzard B, Pillay D. UK Collaborative Group on HIV Drug Resistance; UK CHIC Study Group. Long term probability of detection of HIV-1 drug resistance after starting antiretroviral therapy in routine clinical practice. *AIDS.* 2005; 19: 487-494.

Pinto ACS, Pinheiro PNC, Vieira NFC, Alves MDS. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. *DST – J Brás Doenças Sex Transm.* 2007; 19(1): 45.

Rego SEM, Rego, DMS. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr.* 2010; 59(1): 70-73.

Rodrigues-Junior AL, Castilho EA. A epidemia de Aids no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2004; 37(4): 312-317.

Sanematsu M, Villela W. *Dossiê Mulheres com HIV/AIDS: Elementos para a construção de direitos e qualidade de vida [on line].* 2003. Disponível em: <http://www.giv.org.br/publicacoes/dossie_mulheres_com_hiv_aids.pdf>. [20 março 2012].

Santos AFM, Assis M. Vulnerabilidade das idosas ao HIV/Aids: despertar das políticas públicas e profissionais de saúde no contexto da atenção integral: revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatri. Gerontol.* Rio de Janeiro, 2011; 14(1): 7-16.

Saldanha AAW, Araújo LF. A Aids na terceira idade na perspectiva dos idosos, cuidadores e profissionais de saúde. In: *VII CONGRESSO VIRTUAL HIV/Aids: O HIV/Aids na criança e no idoso, 2006.* Disponível em: <<http://www.aidscongress.com>>.

Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia e Estudo.* 2005; 10(3): 421-429.

Seidl EMF, Zannon CMLC, Tróccoli BT. Pessoas Vivendo com HIV/Aids: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica.* 2005; 18(2): 188-195.

Seidl EMF, Rossi WS, Viana KF, Meneses AK, Meireles E. Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2005; 21(3): 279-288.

Siegel K, Lekas HM. Aids as a chronic illness: psychosocial implications. *AIDS*. 2002; 16(4): 69–76.

Simith R. Adherence to antiretroviral HIV drugs: how many doses can you miss before resistance emerges? *Proc. R. Soc. B*. 2004; 273: 617-624.

Schimith MD, Lima MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004; 20(6).

Travassos C, Martins M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 2004; 2: 190-198.

UNAIDS. *AIDS epidemic update. December 2008*. Disponível em: www.unaids.org. [18 abril 2010].

Vaitsman J, Andrade GRB. Satisfação e responsividade: Formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 2005; 10(3): 599 -613.

Vilella WA. Aids como objeto complexo e desafiador, e a exigência de construção de um campo de saber interdisciplinar. In: RAXACH, Juan Carlos, organizador. *Reflexões sobre assistência à Aids: relação médico-paciente, interdisciplinaridade e integralidade*. Rio de Janeiro, 2003; p. 26-30.

World Health Organization. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-settings: treatment guidelines for a public health approach*. 2003 revision. Geneva, Available from: www.who.int/hiv.

APÊNDICE 1

AVALIAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS PELO PROGRAMA DE DST/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

1. Nome -----
2. Nº do prontuário -----
3. Estado Civil -----
4. Raça / Etnia ----- Idade/DN ----- Sexo-----
5. Endereço:-----
6. Telefone:- ----- Estado de origem (UF-----
7. Grau de escolaridade () Não alfabetizado
 () Ensino fundamental incompleto
 () Ensino fundamental completo
 () Ensino médio incompleto
 () Ensino médio completo
 () Superior incompleto
 () Superior completo

8. Situação funcional () Com trabalho Profissão/ Atividade-----
 () Sem trabalho
 () Aposentado

9. Renda familiar

- 1 salário mínimo 2 salários mínimos
 3 salários mínimos + de 4 salários mínimos

10. Mora com Cônjuge Família

- Amigos Em abrigo Sozinho

11. Quantas refeições costuma fazer ao dia? Uma

- Duas
 Três
 Quatro
 Varias vezes ao dia

Questões relacionadas ao HIV/Aids e Adesão ao Terapia Antirretroviral (TARV)

12. Tempo de diagnostico (em anos) -----

13. Início do tratamento com TARV (ano)-----

14. Tempo de terapia (TARV)-----

15. CD4+ inicial-----/mm³

16. CD4+ recente -----/mm³

17. Carga viral inicial----- cópias/ml

18. Carga viral recente-----cópias/ml

19. Número de internação hospitalar -----

20. Causas de internação

- Doenças oportunistas
 Comorbidades
 DSTs
 Outros

21.

- | | | |
|---------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Uso de bebidas alcoólicas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Tabagista | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| UDI | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| DSTs | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Comorbidades | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Doenças oportunistas | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |

22. Qual foi a fonte de transmissão de HIV/Aids/ Via de exposição ?

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Heterossexual | <input type="checkbox"/> Bissexual | <input type="checkbox"/> Homossexual |
| <input type="checkbox"/> UDI | <input type="checkbox"/> Transfusão | <input type="checkbox"/> Vertical |
| <input type="checkbox"/> Outros | | |

23. Qual foi a sua reação ao receber o diagnóstico de HIV/Aids?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Raiva | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Deprimido |
| <input type="checkbox"/> Angustiado | <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Vontade de morrer |

24. Qual é a sua reação hoje com seu diagnóstico de HIV/Aids?

- | | | |
|-------------------------------------|------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Raiva | <input type="checkbox"/> Tristeza | <input type="checkbox"/> Deprimido |
| <input type="checkbox"/> Angustiado | <input type="checkbox"/> Tranquilo | <input type="checkbox"/> Vontade de morrer |

25. Você fala abertamente sobre o seu diagnóstico para

- Apenas para família e amigos Apenas para companheiro
 Para ninguém Para todos

26. Você tem apoio de quem?

- Família e amigos companheiro Sem apoio

27. Terapia antirretroviral atual (dados do prontuário)

Medicamento _____ N° de compr./dia _____ Horários _____
Medicamento _____ N° de compr./dia _____ Horários _____
Medicamento _____ N° de compr./dia _____ Horários _____
Medicamento _____ N° de compr./dia _____ Horários _____

28. Como você toma seus remédios?

- Sozinho Com ajuda

29. Como você faz para reconhecer seus medicamentos?

- Nome Cor Tamanho/Formato Outros

30. Você sente dificuldades em tomar os remédios?

- Sim Não

Se Sim, Quais? Quantidade Horários Jejum
 Efeitos colaterais Tempo de tratamento
 Outros -----

31. Você entende a receita do médico?

- Sim Não

32. Você toma seus medicamentos exatamente conforme a sua receita?

- Sim Não.

33. Quais principais reações adversas observadas durante seu tratamento?

- Cefaléia Sonolência Cansaço
 Diarréia Dores musculares Irritabilidade da pele
 Náusea e vômitos Tontura Nenhumas

34. Quando sente algumas dessas reações o que faz?

- Deixa de tomar medicamento Diminui a dose
 Suspende por alguns dia
 Continua o tratamento normalmente Procuro o médico

35. O que costuma fazer quando se esquece de tomar seu medicamento na hora certa?

- Toma dobrado no próximo horário
 Pula a dose
 Pára de tomar
 Toma atrasado

36. Quando você se sente melhor dos problemas relacionados a doença, costuma parar medicamentos?

- Sim Não As vezes

37. Você toma os medicamentos por causa de que?

- Ter medo da doença
 Ter medo de morrer
 Ter medo de doenças oportunistas
 Sentir dor
 Diminuir a Carga Viral e CD4+
 Ser obrigado
 Querer viver mais
 Falta de opção

38. Quantas vezes que já trocou a sua esquema de anti-retroviral ?

- uma vez duas vezes
 três vezes mais de três vezes
 Nenhuma vez

39. Qual foi o motivo de troca da esquema antirretroviral?

- Diminuir da Carga viral e Aumentar de CD4+
 Falta de adaptação Efeitos colaterais
 Gravidez Novo tratamento

Questões relacionadas aos serviços de saúde

40. Como você avalia o programa DST/AIDS do HUB em geral?

Ótimo Bom Regular Péssimo

41. Como você avalia o tempo de espera na sala para sua consulta?

Muito satisfeito Satisfeito Regular Insatisfeito

42. Você se sente satisfeito (a)/ a vontade com a consulta?

Consulta médica Sim Não
Consulta com Psicóloga Sim Não
Consulta com Assistente social Sim Não

43. Como você avalia relação profissional-paciente?

Muito boa Boa Ruim

44. Você se sente acolhido (a) no programa pela equipe de profissional de saúde?

Sim Não

45. Qual seu comportamento diante a equipe profissional de saúde que lhe atende?

- Confiança Desconfiança
 Preocupação Medo
 Raiva

46. Qual é a sua avaliação sobre os membros da equipe ?

Médico	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço
Psicólogo	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço
Ass.social	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço
Laboratório	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço
Recepção	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço
Seguranças	<input type="checkbox"/> Ótimo	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Péssimo	<input type="checkbox"/> Não conheço

47. Durante atendimento no programa você recebe apoio emocional de:

Médico	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Psicólogo	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Ass.social	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Outros pacientes	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não

48. Você recebe as orientações sobre sinais, sintomas e tratamento da Aids de:

Médico	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Psicólogo	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Ass.social	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não

49. Você recebe as orientações sobre medidas de prevenção da AIDS de:

Médico	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Psicólogo	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Ass.social	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Sim, de todos	<input type="checkbox"/> Sim, de pouco	<input type="checkbox"/> As vezes	<input type="checkbox"/> Não

50. Você tem percebido algum comportamento diferente da equipe de saúde em relação ao seu atendimento ?

- Preconceito
- Receio
- Discriminação
- Insegurança
- Pressa
- Pouco interesse
- Outros

51. Você percebe que existe o dialogo entre você e profissionais da equipe de saúde?

Médico	<input type="checkbox"/> Freqüente	<input type="checkbox"/> Raro	<input type="checkbox"/> Só quando pergunto algo	<input type="checkbox"/> Não
Psicólogo	<input type="checkbox"/> Freqüente	<input type="checkbox"/> Raro	<input type="checkbox"/> Só quando pergunto algo	<input type="checkbox"/> Não
Ass.social	<input type="checkbox"/> Freqüente	<input type="checkbox"/> Raro	<input type="checkbox"/> Só quando pergunto algo	<input type="checkbox"/> Não
Farmacêutico	<input type="checkbox"/> Freqüente	<input type="checkbox"/> Raro	<input type="checkbox"/> Só quando pergunto algo	<input type="checkbox"/> Não

52. Qual é a sua avaliação em relação aos serviços de saúde e do atendimento?

Seviços de saúde	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Médicos	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Psicólogia	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Ass.social	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Farmácia	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Laboratório	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Recepção	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim
Seguranças	<input type="checkbox"/> Muito bom	<input type="checkbox"/> Bom	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Ruim	<input type="checkbox"/> Muito ruim

53. Você está satisfeito (a) com atendimento e com serviços de saúde do programa de DST/AIDS do HUB

Sim Não

54. Você percebe problemas ou falhas no atendimento?

Sim Não

55. Você tem acesso fácil as especialidades médicas ?

Sim Não

56. Para você , quais profissionais que você sente falta no programa de DST/AIDS do HUB que você julga de importância ?

APÊNDICE 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado (a) Senhor (a),

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente em um estudo cujo título é **“AVALIAÇÃO SOBRE OS CUIDADOS PRESTADOS PELO PROGRAMA DE DST/AIDS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA POR PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS”**.

Mas, para que seja realizado será necessário o levantamento de dados que serão de grande importância para área de saúde do portador de HIV/Aids, principalmente visando melhorar o seu atendimento e garantir melhor uso dos serviços de saúde.

Este estudo tem como objetivo saber como você vê ou avalia o atendimento da equipe dos profissionais de saúde que lhe atende. Portanto pretende com esse estudo buscar informações que nos ajudem a melhorar o seu atendimento em geral e oferecer melhores serviços de saúde e com isso contribuir para a melhoria da sua qualidade de vida. Para tanto será necessário entrevistá-lo e pesquisar o seu prontuário médico.

A entrevista será realizada individualmente e em local adequada para a mesma, ou seja, no mesmo ambulatório da sua consulta médica. As informações que você nos dará terão uma única finalidade: o desenvolvimento deste estudo. Para tal, garantimos o anonimato, ou seja, não aparecerá em momento algum seu nome ou qualquer outro dado que possa identificá-lo. Garantimos também que este estudo não lhe causará nenhuma despesa ou dano e nem lhe dará o direito a remuneração ou compensação financeira. Você tem total liberdade para abandonar a entrevista mesmo se ela não estiver concluída, se assim desejar sem qualquer prejuízo a continuidade do seu tratamento.

Sendo assim, sua participação e o preenchimento do termo de consentimento são importantes para este estudo. Após ser esclarecido (a) sobre a pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

Eu.....

RG nº.....Fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador responsável sobre a pesquisa, bem como seu significado e procedimentos que serão utilizados. Aceito participar da mesma enquanto participante e, portanto responder às perguntas que fizerem parte da minha entrevista. Estou ciente que serão garantidos sigilo e o anonimato do informante e que esta pesquisa não me causará exposição ou nenhum dano seja físico, moral ou financeiro e não receberei qualquer tipo de remuneração por ser participante da pesquisa.

Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento, assistência ou tratamento.

Sendo assim dou meu consentimento em usar as minhas respostas, obtidas na entrevista, e também os dados contidos no meu prontuário para os estudos que se fizeram necessários bem como torná-las públicas sem que eu seja identificado.

Concordo, portanto, em participar levando em consideração todos os elementos mencionados e se necessitar de informação e de esclarecimento as pesquisadoras: Marie Claire Uwingabire e Elza Ferreira Noronha estarão a minha disposição para esclarecer minhas dúvidas.

Marie Claire (61) 8124 9521 ou pelo e-mail: uclaire25@hotmail.com

Elza F. Noronha (61) 3448 5530 / 96097531 ou pelo e-mail: elzafer@gmail.com

[Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina da UnB \(61\) 3307 2276](#)

Brasília,/...../.....

Assinatura do sujeito da pesquisa

Assinatura do pesquisador responsável

Marie Claire Uwingabire / V 334068-T

ANEXO 1

Aprovação do projeto de pesquisa


UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE MEDICINA
Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos

ANÁLISE DE PROJETO DE PESQUISA

Registro de Projeto: CEP-FM 032/2011.

Título: "Percepção dos pacientes portadores de HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral de alta potência sobre a qualidade de assistência dos serviços de saúde do programa de DST/AIDS do Hospital Universitário de Brasília".

Pesquisador Responsável: Marie Claire Uwingabire.

Documentos analisados: Folha de rosto, carta de encaminhamento, declaração de responsabilidade, protocolo de pesquisa, termo de consentimento livre e esclarecido, cronograma, bibliografia pertinente e currículo (s) de pesquisador (es).

Data de entrega: 05/05/2011.

Parecer do (a) relator (a)

Aprovação

Não aprovação.

Data da primeira análise pelo CEP-FM/UNB: 25/05/2011.

Data do parecer final do projeto pelo CEP-FM/UNB: 29/06/2011.

PARECER

Com base na Resolução CNS/MS nº 196/96 e resoluções posteriores, que regulamentam a matéria, o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília decidiu **APROVAR**, na reunião ordinária de 29/06/2011, conforme parecer do (a) relator (a), o projeto de pesquisa acima especificado quanto aos seus aspectos éticos.

1. Modificações no protocolo devem ser submetidas ao CEP, assim como a notificação imediata de eventos adversos graves;
2. O (s) pesquisador (es) deve (m) apresentar relatórios periódicos do andamento da pesquisa ao CEP-FM, sendo o 1º previsto para 10 de janeiro de 2012.

Brasília, 30 de Junho de 2011.


Prof. Elaine Maria de Oliveira Alves
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Faculdade de Medicina-UNB

Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, Brasília, DF – CEP 70910-900
Telefone/Fax: (61) 3307 2276