

RECONHECIMENTO DAS VULNERABILIDADES DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA¹

Jéssica Mikaelly Marani*

Pedro Augusto Bossonario**

Rubia Laine de Paula Andrade***

Glauber Palha dos Santos****

Cassara Boeno Borges de Oliveira*****

Aline Aparecida Monroe*****

RESUMO

Objetivou-se descrever quais as situações de vulnerabilidades a que as pessoas vivendo com HIV/AIDS estão submetidas por meio de uma revisão narrativa da literatura. Este estudo considerou publicações entre os anos de 2010 e 2016. O levantamento bibliográfico foi realizado com a utilização de descritores controlados e palavras-chave nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (National Library of Medicine) e Embase (Excerpta Medica data BASE). Foram recuperados 89 estudos que passaram por três etapas de seleção, dos quais foram incluídos nove artigos; estes abordavam aspectos da vulnerabilidade individual (situação física; conhecimentos, comportamentos e atitudes; e relações afetivo-sexuais), sociais (acesso à educação, emprego e salário) e programáticos (acesso e qualidade dos serviços de saúde). Conclui-se que é fundamental reconhecer as diferentes vulnerabilidades com suas dinâmicas e interfaces nos diferentes contextos sociais, políticos, econômicos e sanitários com vistas ao enfrentamento da epidemia do HIV e à produção de respostas considerando as singularidades e especificidades de indivíduos e/ou grupos sociais.

Palavras-chave: HIV. Síndrome da imunodeficiência adquirida. Vulnerabilidade em saúde. Perfil de saúde.

INTRODUÇÃO

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) constitui um grande problema de saúde pública, mesmo após cerca de 40 anos das primeiras notícias nos EUA, Haiti e África Central sobre a fase sintomática da infecção conhecida como AIDS⁽¹⁻²⁾. Estima-se que ocorra 1,8 milhão de novas infecções por HIV ao ano, sendo que em 2017 foram estimadas 36,9 milhões de pessoas vivendo com HIV, 21,7 milhões em tratamento e 940.000 óbitos relacionados à infecção no mundo⁽³⁾.

Durante a epidemia, vários foram os termos utilizados para descrever o perfil daqueles que viviam com o vírus. Houve a adoção do termo “Doença dos 5 H” – Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *Hookers* (profissionais do sexo, em inglês)⁽⁴⁾. Porém, esses termos foram considerados preconceituosos, sendo adotados também os termos “grupos de risco” e “comportamentos de risco”. Superando essas

descrições, o termo mais aceito atualmente é o de “vulnerabilidade”, o qual é composto por três eixos: individual, social e programático⁽⁵⁾.

A vulnerabilidade individual traz o pressuposto de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção e diz respeito ao repertório de informações do indivíduo, sendo que o modo de vida pode ser um aspecto que o protege do vírus ou o expõe a ele. A vulnerabilidade social contempla os aspectos contextuais nos quais os indivíduos estão inseridos, como disponibilidade de recursos materiais, culturais, políticos e morais; crenças religiosas; escolarização; acesso aos meios de comunicação; entre outros. Por fim, a vulnerabilidade programática, refere-se aos compromissos e ações que as instituições sociais, como as de saúde, educação, bem-estar, cultura, entre outras, fazem para propiciar aos sujeitos elementos que transformem suas relações, valores e interesses para a superação dessas situações de vulnerabilidade⁽⁵⁾.

Considerando a situação epidemiológica do HIV/AIDS enquanto um problema de saúde pública e

¹Extraído de trabalho de conclusão de curso, intitulada “HIV/AIDS: perfil e vulnerabilidades dos casos infectados 2010 a 2016”, apresentada ao Curso de Graduação – Bacharelado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, (EERP/USP) no ano de 2017.

*Enfermeira. Bacharelado em Enfermagem, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: jessica.marani@usp.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-1001-4054>.

**Enfermeiro. Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: pedro.bossonario@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-6267-174X>.

***Enfermeira. Doutora em Ciências. Especialista em Laboratório da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: rubia@eerp.usp.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0001-5843-1733>.

****Enfermeiro. Mestre em Ciências. Doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: glauber.palha@usp.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-8060-1484>.

*****Enfermeira. Doutora em Ciências, EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: cassara.boeno@gmail.com ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0002-9767-265X>.

*****Enfermeira. Doutora em Ciências. Professora do Departamento de Saúde Materno-Infantil e Saúde Pública, da EERP/USP, Ribeirão Preto, SP, Brasil. E-mail: amonroe@eerp.usp.br ORCID ID: <http://orcid.org/0000-0003-4073-2735>.

que a infecção está imersa em um contexto de vulnerabilidades, o presente trabalho tem por objetivo descrever a quais situações de vulnerabilidades as pessoas que vivem com HIV/AIDS estão submetidas. Dessa forma, busca avançar no conhecimento comum a síntese de tais vulnerabilidades e fomentar reflexões acerca da infecção por HIV de forma a subsidiar o planejamento de ações de prevenção, promoção e acompanhamento dos casos e a possibilitar respostas mais efetivas para o enfrentamento do agravo.

MÉTODOS

Trata-se de uma revisão narrativa que busca descrever o estado da arte sobre determinado assunto em um curto espaço de tempo. No entanto, esse método não costuma apresentar um rigor científico que permita a reprodutibilidade, sendo considerado demasiadamente empírico. Nesse sentido, por questões éticas e metodológicas, optou-se por utilizar um referencial metodológico da revisão integrativa⁽⁶⁾, utilizando-se de algumas de suas etapas no sentido de conferir maior credibilidade a esse tipo de revisão.

Dessa forma, a revisão foi norteada pela questão: a quais situações de vulnerabilidade estão expostas as pessoas que vivem com HIV/AIDS segundo evidências científicas encontradas na literatura?

As bases de dados utilizadas foram LILACS

(Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde), PubMed (National Library of Medicine) e Embase (Excerpt a Medica data BASE) com os seguintes critérios de inclusão: estudos em formato de artigo, cuja população estudada abordasse pessoas vivendo com HIV/AIDS maiores de 18 anos, e artigos publicados em português, inglês ou espanhol no período de 2010 a 2016. O período foi definido a partir da comemoração de 10 anos do lançamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) pelas Nações Unidas, que tinha como meta, até 2015, deter e começar a reverter a disseminação do vírus. Para que tal meta fosse alcançada, os países precisariam dar respostas adequadas à prevenção e assistência às pessoas em situação de vulnerabilidade. O ano seguinte ao término do prazo dos ODM foi definido como o último ano de abrangência dos artigos a serem incluídos na presente revisão. Foram excluídos artigos não disponíveis *online* na íntegra.

Para possibilitar uma maior especificidade na busca pelos estudos, foi necessária a utilização de descritores específicos em cada base de dados (Quadro 1). Palavras que não foram encontradas no vocabulário controlado das bases foram utilizadas como palavra-chave (Quadro 1). É importante ressaltar que, para refinar a busca, esses descritores e palavras-chave foram combinados utilizando os operadores booleanos AND e OR.

Quadro 1– Descritores e palavras-chave utilizadas segundo as bases de dados do estudo, 2017

Bases	Descritores	Palavras-chave
LILACS	Buscados no DeCS 1- HIV, VHI 2- Vulnerabilidade em saúde, Health vulnerability e Vulnerabilidad en salud 3-Síndrome da imunodeficiência adquirida, Acquired immuno deficiency syndrome e Síndrome de inmuno deficiencia adquirida 4- Infecções por HIV, HIV infections e Infecciones por HIV 5- Perfil de Saúde, Health Profile e Perfil de Salud 6- Características da População, Population Characteristics e Características de La Población.	
PUBmed	Buscados no <i>Medical Subject Headings</i> (MeSH) 1- HIV infection, 2-HIV infections, 3- Acquired imune deficiency syndrome, 4- Population Characteristics, 5- Vulnerable Populations.	6- Health profile, 7- Health vulnerability.
Embase	Buscados no Emtree 1- Human immunodeficiency virus, 2- Human immunodeficiency virus infection, 3- hiv infections transmission, 4- vulnerable population, 5- Acquired immune deficiency syndrome, 6- Population and population related phenomena.	7- Health vulnerability.

Foram recuperadas 89 produções científicas, as quais passaram por um processo de seleção por dois pesquisadores independentes. Inicialmente, foram lidos

títulos e resumos dos materiais encontrados, elegendo aqueles com potencial para responder à pergunta da pesquisa, bem como atender aos critérios de inclusão e

exclusão desse estudo. Em seguida, observou-se a concordância dos pesquisadores quanto aos artigos selecionados e, em caso de discordância, um terceiro

pesquisador foi consultado para o desempate. Ao final, nove artigos foram incluídos na revisão (Figura 1).

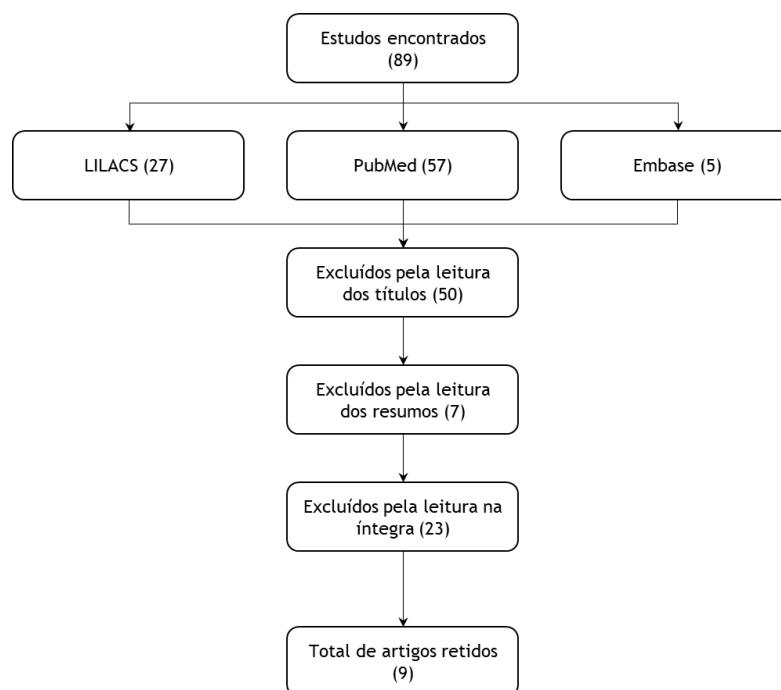


Figura 1. Fluxograma: etapas de seleção dos artigos

Após a seleção, iniciou-se a extração de dados orientada por uma ficha catalográfica elaborada pelos autores, que considerou as seguintes variáveis: título, ano de publicação, local do estudo, objetivo, métodos, resultados, conclusões e recomendações. Essa etapa

possibilitou o delineamento do eixo teórico que subsidiou a organização, descrição e análise da produção científica incluída na revisão e que se constituiu nos elementos das dimensões da vulnerabilidade, sendo estas: individual, social e programática (Quadro 2).

Quadro 2. Elementos das dimensões da vulnerabilidade para a categorização e análise dos artigos

Individual	Social	Programática (ênfase no setor saúde)
Conhecimentos Atitudes Comportamento Relações familiares Relações afetivo-sexuais Situação material Situação física Redes e suportes sociais	Normas sociais Relações de gênero Relações raça/etnia Normas e crenças religiosas Estigma e discriminação Emprego Salários Acesso à educação	Organização do setor saúde Acesso aos serviços Qualidade dos serviços Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes Compromisso e responsabilidade dos profissionais Respeito, proteção e promoção de direitos humanos

Fonte: adaptado de AYRES et. al., 2006⁽⁹⁾.

Com base no quadro acima, foi possível categorizar os artigos incluídos na revisão, agrupando e contabilizando as pesquisas segundo as dimensões da vulnerabilidade, podendo um mesmo artigo estar contido em mais de um elemento que compõe o eixo teórico.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos nove artigos incluídos neste estudo (Quadro 3), três (33,3%) foram publicados no ano de 2014⁽⁷⁻⁹⁾, dois (22,2%) em 2013⁽¹⁰⁻¹¹⁾ e dois (22,2%) no ano de 2012⁽¹²⁻¹³⁾. Em relação às publicações, quatro (44,4%) estavam vinculadas a revistas de circulação nacional^(8-9,13-14) e cinco (55,6%), de circulação internacional^(7,10-12,15). Dos estudos selecionados, cinco (55,6%) foram realizados

no Brasil^(7,9,13,15), sendo quatro (44,4%) deles no estado de São Paulo^(7-9,13). Um estudo foi feito em Moçambique⁽¹⁴⁾, um na Inglaterra⁽¹⁰⁾, um no Canadá⁽¹¹⁾ e um no Chile⁽¹²⁾.

Quadro 3. Descrição dos estudos primários incluídos na revisão, segundo título, autor, ano de publicação, periódico e base de dados. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2017

Título	Autores	Ano	Periódico		Base de dados
			Nome	Fator impacto	
Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS ⁽⁹⁾	Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR	2014	Revista Latino Americana de Enfermagem	0,3388	LILACS
Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique ⁽¹⁴⁾	Andrade RG, Iriart JAB	2015	Cademo de Saúde Pública	0,4901	LILACS
Gender Differences in Risk Factors for Delayed Diagnosis of HIV/AIDS in a Midsized City of Brazil ⁽¹⁵⁾	Ferreira RFG, Neto SCP, Santana NC, Guimarães DA, Oliveira CDL	2016	Journal of the International Association of Providers of AIDS Care	0,98	PubMed
Meeting complex needs: young people with HIV in London ⁽¹⁰⁾	Hughes A, Hope RL, Nwokolo N, Ward B, Jones R, Von Schweitzer M, Boag F	2013	HIV Medicine	3,257	PubMed
Causes of Death among People Living with AIDS in the Pre- and Post-HAART Eras in the City of São Paulo, Brazil ⁽⁷⁾	Domingues CSB, Waldman EA	2014	PLOS ONE	3,54	PubMed
Socio-demographic Profile of Older Adults	Brennan DJ, Emler CA, Brennenstuhl S, Rueda S, Ohn Cohort Study Research Team	2013	Canadian Journal on Aging	0,734	PubMed
with HIV/AIDS: Gender and Sexual					
Orientation Differences ⁽¹¹⁾					
Una década de terapia anti-retroviral: Perfil de pacientes con 10 años de triterapia de alta efectividad ⁽¹²⁾	Wilson G, Wolff M.	2012	Revista chilena de infectología	0,49	PubMed
O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral ⁽¹³⁾	Felix G, Ceolim MF	2012	Revista Escola de Enfermagem USP	0,573	PubMed
O diagnóstico tardio e as vulnerabilidades dos idosos vivendo com HIV/AIDS ⁽⁸⁾	Alencar RA, Ciosak SI	2014	Revista da Escola de Enfermagem da USP	0,573	LILACS

Na perspectiva da vulnerabilidade individual ao HIV/AIDS, tanto no que se refere à exposição ao vírus quanto ao próprio adoecimento, houve abordagem com maior expressão dos seguintes elementos: situação física; conhecimentos, comportamentos e atitudes; e relações afetivo-sexuais. Em relação à dimensão social

da vulnerabilidade, identificaram-se os seguintes elementos: acesso à educação, emprego e salários. Quanto à vulnerabilidade programática, houve maior expressão dos elementos: acesso e qualidade dos serviços de saúde, com a identificação de fortalezas e debilidades (Quadro 4).

Quadro 4. Distribuição dos artigos segundo os elementos de cada uma das dimensões da vulnerabilidade, 2017

Individual	Social	Programática
Valores ⁽⁹⁾ Crenças ^(9,13) Conhecimentos ^(8-11,13) Atitudes/Comportamento ^(8-11,13,15) Relações familiares ^(8,13-14) Relações afetivo-sexuais ^(9,10-13,15) Relações profissionais ⁽⁹⁾ Situação material ^(7-8,13) Situação psico-emocional ^(11,13) Situação física ^(7,10-15) Redes e suportes sociais ^(8-9,13)	Normas sociais ⁽¹⁰⁾ Referência Culturais ⁽¹⁰⁾ Relações de gênero ^(9,14-15) Relações raça/etnia ⁽¹⁰⁾ Normas e crenças religiosas ⁽¹³⁾ Estigma e discriminação ^(11,14) Emprego ^(8-11,13-14) Salários ^(13,15) Suporte social ⁽¹¹⁾ Acesso à educação ^(8-9,11,13-15) Acesso à justiça ⁽¹⁴⁾	Articulação multissetorial das ações ⁽⁷⁾ Atividades intersectoriais ⁽⁹⁾ Organização do setor saúde ^(8,10) Acesso aos serviços ^(7-10,12-13) Qualidade dos serviços ^(8,10,13-14) Integralidade da atenção ⁽⁸⁾ Preparo tecnocientífico dos profissionais e equipes ⁽⁸⁾ Compromisso e responsabilidade dos profissionais ⁽⁸⁾ Respeito, proteção e promoção de direitos humanos ⁽⁸⁾

Vulnerabilidade Individual

Na categoria “situação física”, seis artigos indicaram maior ocorrência de HIV/AIDS no sexo masculino^(7-8,10-12,15). Ser homem teve associação com o atraso no diagnóstico⁽¹¹⁾ e ser mulher apontou para o aumento de óbitos⁽⁷⁾.

Não ficaram claras a faixa etária e a cor da pele mais atingidas pela doença, pois um estudo enfatizou as populações jovens⁽⁷⁾, enquanto outros, as populações mais velhas^(8,11). Houve pesquisas realizadas em locais com a maioria da população negra⁽¹⁴⁾ ou branca⁽⁹⁻¹³⁾. A escolha de populações distintas para a realização desses estudos sustenta-se no caráter multifacetado da epidemia da AIDS, com diferentes incidências e impactos nos grupos sociais, desafiando as políticas públicas de saúde no delineamento de ações ora mais gerais ora focalizadas em populações específicas.

Quanto às relações afetivo-sexuais, dois estudos relataram que a maioria era sexualmente ativa⁽¹⁶⁻¹⁷⁾, quatro eram mulheres predominantemente heterossexuais^(9,13-15) e três eram homens que faziam sexo com outros homens^(10-11,15). Dois artigos mencionaram que a maioria das transmissões do HIV ocorreu por exposição sexual⁽⁹⁻¹⁰⁾, uma vez que não faziam uso de preservativo antes do diagnóstico^(9,13), sendo que algumas mulheres contraíram o vírus por meio dos parceiros fixos⁽⁹⁾.

Em relações familiares, redes e suporte social e situação material, a maioria era casada/união estável e com filhos^(8,13) e as mulheres “solteiras” relatavam abandono ou morte do marido⁽¹⁴⁾. Identificou-se ruptura das redes familiares e religiosas devido ao diagnóstico; no entanto, isso resultou na formação e no fortalecimento de pequenos grupos de pessoas que viviam com HIV, nos quais se sentiam bem aceitas e seguras⁽¹⁴⁾. Algumas fortalezas dizem respeito à ajuda nos momentos de dificuldade financeira pelos pais e familiares, bem como a preocupação com a orfandade

dos filhos, a qual se constituiu um aspecto motivador para o retorno ao tratamento após o abandono⁽¹³⁾.

Em relação aos conhecimentos, comportamentos e atitudes, há presença de sujeitos que negaram o uso de drogas^(9, 11,13,15); entretanto, entre aqueles que relataram o uso de drogas lícitas e ilícitas^(8,10), houve destaque para as drogas injetáveis, uso abusivo de álcool e tabaco, exacerbado principalmente entre homens gays⁽¹¹⁾.

O consumo de álcool é um preditor de não adesão à terapia antirretroviral (TARV), além de ser um fator de risco para baixa supressão da carga viral e pior desfecho clínico dos que vivem com HIV/AIDS⁽¹⁶⁾. Ademais, indivíduos com histórico de uso de drogas ilícitas apresentaram 2,6 vezes mais chances de não aderir à TARV⁽¹⁷⁾.

Um estudo indica que as ações psicoeducativas são capazes de mitigar processos de estigma e discriminação em HIV/AIDS no Brasil⁽¹⁸⁾. O estigma e a discriminação representam importantes barreiras para a prevenção, diagnóstico, tratamento e cuidado com as pessoas vivendo com HIV. Nesse sentido, o desenvolvimento e/ou a incorporação de intervenções para redução do estigma são necessários no processo de produção de resposta social e sanitária para o enfrentamento da epidemia.

Já a disponibilidade em compartilhar com o profissional médico informações sobre os comportamentos de risco em relação ao uso de drogas se constituiu em uma fortaleza para a efetivação do diagnóstico, refletindo a importância do estabelecimento de relação de confiança⁽¹⁵⁾.

Cada vez mais são exigidas do profissional de saúde a busca e a construção de espaços favoráveis ao diálogo no sentido de incrementar a relação entre o profissional e os sujeitos. Nesse contexto, destaca-se o acolhimento das mulheres de modo singular, considerando suas características individuais, entendendo como ela vivencia a sexualidade, vida amorosa e projetos

reprodutivos, para prestar-lhes informações que as munam de conhecimentos que subsidiem o processo de tomada de decisões⁽¹⁹⁾.

Outro estudo incide sobre o comportamento e atitudes de mulheres vivendo com o HIV, de modo que 65% revelaram uma postura autossuficiente ao negar a necessidade de ajuda com a tomada das medicações antiretrovirais⁽¹³⁾. Dessa forma, uma vez que 55% dessas mulheres abandonaram o tratamento em algum momento, são necessárias outras medidas e condutas para a adoção de práticas e mudanças no comportamento para melhoria das condições de saúde. Nesse sentido, a equipe de saúde assume importante papel como apoiadores e motivadores no processo terapêutico, pois a adesão não é um processo linear, propiciando autonomia do cuidado⁽²⁰⁾.

Um estudo que investigou a intensidade dos sintomas de depressão em pessoas com HIV/AIDS comparou a qualidade de vida com os diferentes graus de intensidade dos sintomas de depressão segundo o gênero e identificou que 27,6% indivíduos apresentavam sintomas de depressão. Essa comparação revelou que mulheres apresentaram sintomas de depressão mais graves do que os homens. Assim, a abordagem dos sintomas de depressão se constitui uma importante medida para o desenvolvimento de intervenções terapêuticas e suporte psicossocial⁽²¹⁾, de modo que os profissionais de saúde devem estar atentos a tal condição de saúde, uma vez que a depressão e a expectativa de morte iminente representam causas de abandono à TARV⁽¹³⁾.

Vulnerabilidade Social

Nos elementos “acesso à educação”, “emprego” e “salários”, houve predomínio de baixa escolaridade^(8-9, 13-15), ao relacionar com sexo, as mulheres com maior escolaridade tiveram efetivação do diagnóstico em tempo oportuno⁽¹⁵⁾; quanto à orientação sexual, indivíduos heterossexuais têm menor acesso à educação⁽¹⁰⁾.

A interface do grau escolaridade com a epidemia do HIV/AIDS remete ao conhecimento dos indivíduos acerca das medidas de prevenção e de tratamento da doença. Foram constatadas formas incorretas de transmissão e prevenção da doença entre indivíduos mais velhos e menos escolarizados⁽²²⁾ e associação à adesão da TARV em indivíduos com maior nível educacional⁽¹⁷⁾.

No Brasil, à medida que houve melhoria nas condições macroeconômicas, houve incremento no

nível de emprego e queda da mortalidade⁽²³⁾. Ademais, maiores níveis de escolaridade apresentaram relação com melhorias na saúde. Assim, pensar no enfrentamento do HIV implica o fortalecimento de políticas sociais pautadas na educação, qualificação profissional e em medidas de estímulo à geração de emprego e renda.

Quanto aos elementos referentes às normas sociais e relações de gênero, identificaram-se estudos que mencionavam a mulher como vulnerável devido à exposição sexual pelo parceiro, o qual possuía múltiplas parceiras⁽⁹⁻¹⁴⁾. Verificou-se a dupla culpabilização da mulher, por ter adquirido a infecção pelo HIV e pela transmissão de qualquer infecção sexualmente transmissível⁽¹⁴⁾.

Em relação às normas sociais e crenças religiosas, identificou-se o predomínio da religião católica⁽¹³⁾, considerando que o elemento crença/religiosidade pode se constituir uma importante fonte de apoio e suporte social durante o tratamento para HIV/AIDS. Desvela-se, ainda, a importância da religiosidade no enfrentamento do adoecimento de forma positiva⁽²⁴⁾, sendo importante sua abordagem pelos profissionais de saúde em função das influências no processo terapêutico. Nesse aspecto, a religião pode ser vivenciada como uma forma de acolhimento das angústias e fortalecimento nos momentos de enfrentamento das fragilidades que o HIV expõe, contribuindo para a aceitação do diagnóstico, reduzindo a culpa e sendo motivadora para o indivíduo vivenciar e aceitar sua nova condição⁽¹⁵⁾.

No que tange ao estigma e à discriminação, após o diagnóstico do HIV, mulheres foram abandonadas por seus maridos⁽¹⁴⁾. Em relação à revelação diagnóstica, mulheres e homens heterossexuais apresentaram maior preocupação quanto a isso em função da possibilidade de serem estigmatizados, além de possuírem autoimagem negativa quando comparados aos homens gays que viviam com HIV. Estes, por sua vez, relataram menor estigma tanto por parte de si quanto por parte de outros⁽¹¹⁾, levantando-se a hipótese de que esses indivíduos e as pessoas em contato com eles têm maior aceitabilidade da doença devido ao histórico do HIV/AIDS nessa população.

Atitudes discriminatórias foram identificadas em decorrência das características de uma pessoa que vive com HIV/AIDS. Entre elas, destacam-se indivíduos muito magros e debilitados, expressando marcas corporais estigmatizantes, que resultam em barreiras para contratação e manutenção de vínculos empregatícios⁽¹⁴⁾.

Entre as estratégias identificadas para a diminuição da discriminação pelo HIV, destaca-se a utilização da TARV que minimiza os sinais corporais; inserção em grupos religiosos; formação e fortalecimento de grupos de pessoas que vivem com HIV, de modo que em tais espaços as pessoas se sintam mais aceitas e seguras.

Vulnerabilidade Programática

Quanto ao acesso, qualidade e organização dos serviços de saúde, questiona-se a realização oportuna do diagnóstico do HIV/AIDS, uma vez que, nas mulheres, parece ocorrer tardiamente, após o adoecimento do parceiro⁽⁹⁾; em idosos, houve a ocorrência de diagnóstico oportuno nos níveis secundários e terciários da saúde na presença de comorbidade⁽⁸⁾.

Em relação ao acesso à TARV, identificou-se o início da terapia em estágios avançados da AIDS, mediante comprometimento imunológico e presença de doenças oportunistas⁽¹²⁾. Essa descoberta tardia traz prejuízos, pois o momento em que o indivíduo descobre seu status sorológico tem relação direta com o comprometimento imunológico, com o prognóstico da infecção e com o risco de expor outras pessoas ao vírus⁽²⁵⁾.

Verificaram-se fragilidades no segmento das mulheres com HIV, pois, mesmo em função da alta prevalência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)⁽⁹⁾, aproximadamente 2/3 delas não possuíam registros em prontuários acerca da realização da citologia cervical⁽¹⁰⁾. Tal situação mostra as fragilidades na oferta e na integração dos serviços de saúde para a integralidade e continuidade do cuidado prestado às mulheres.

Como fortaleza, destaca-se a realização do diagnóstico nas rotinas do serviço pertinentes ao acompanhamento gestacional⁽⁹⁾. O Brasil é signatário da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para a eliminação da transmissão vertical do HIV. Em 2011, foi instituída a Rede Cegonha que também visa ações de prevenção da infecção; sendo assim, o teste para HIV deve ser ofertado no início do pré-natal e no segundo trimestre de gestação, fazendo parte dos exames de rotina dos serviços de saúde⁽²⁶⁾. As políticas públicas precisam de estratégias eficazes para o rastreamento dessas mulheres, pois, para reduzir a transmissão, é necessário que se conheçam as gestantes soropositivas⁽²⁷⁾.

Em relação ao acesso à TARV, mesmo o processo terapêutico tendo iniciado tardiamente, considera-se este um elemento de proteção, pois há melhora na condição

de saúde após o início do tratamento⁽¹³⁾, proporcionando a diminuição da mortalidade por causas relacionadas à AIDS⁽⁷⁾.

Destaca-se que a política pública brasileira de acesso universal aos antirretrovirais tem diminuído a morbimortalidade, reduzido internações e custos do tratamento, melhorando, assim, as condições imunológicas e de qualidade de vida dos indivíduos. Ainda reforça-se a importância de assegurar ao usuário a manutenção do tratamento, com melhorias na qualidade do cuidado, mas também com políticas que extrapolem outras áreas⁽²⁸⁾.

Muitos foram os avanços no manejo do HIV. Entretanto, fragilidades programáticas ainda desafiam o acesso e a qualidade dos serviços na assistência prestada, destacando-se a rigidez de protocolos que rompem com o sigilo do diagnóstico do HIV que pode refletir no abandono antes do início do tratamento. Destaca-se que, em Maputo (África), os serviços de saúde exigiam a presença de um parente para o início da TARV, resultando no abandono do seguimento/tratamento em função das condições culturais de estigma e preconceito sofrido por mulheres que viviam com HIV⁽⁶⁾.

Avançando na perspectiva das fragilidades do acesso pertinentes à manutenção do tratamento e perda de seguimento clínico terapêutico, em especial a descontinuidade/falta de adesão ou abandono à TARV⁽¹⁰⁾, desafios programáticos emergem no cotidiano do trabalho das equipes de saúde. Nesse aspecto, identificar e avaliar permanentemente os sujeitos em situações de vulnerabilidade individual e social visam a proposição de ações e intervenções que fomentem a vinculação aos serviços de saúde e retenção dos indivíduos no plano de cuidados.

Em relação ao elemento “qualidade dos serviços”, destacou-se a redução no número de óbitos por AIDS na cidade de São Paulo, no período pós-TARV tardio (2000-2006), sugerindo impacto positivo da política de acesso universal ao diagnóstico e tratamento em HIV/AIDS⁽⁷⁾.

Quanto aos elementos “preparo técnico-científico dos profissionais e equipes de saúde”, “compromisso e responsabilidade dos profissionais e respeito”, “proteção e promoção de direitos humanos”, importantes fragilidades programáticas foram identificadas. Essas representam desafios à gestão do cuidado e dos serviços de saúde e ao Programa DST/AIDS na efetividade das ações de controle do HIV.

O diagnóstico do HIV em serviços secundários e terciários diante de comorbidades sugere a postergação

do diagnóstico que deveria ter sido realizado no nível primário. No entanto, questiona-se o preparo, a sensibilização e a instrumentalização dos profissionais do nível primário para o diagnóstico do HIV⁽⁹⁾, uma vez que o tema é pouco abordado na atenção básica.⁽²⁹⁾

Sinaliza-se o impacto positivo da TARV na diminuição dos óbitos relacionados à AIDS. Contudo, verifica-se a ocorrência do aumento de óbitos por causas externas, tendo como possíveis explicações fatores presentes em grandes áreas urbanas que incluem a violência, o trânsito intenso, o elevado número de habitantes e as condições precárias de vida⁽⁷⁾. Dessa forma, investimentos para além da TARV devem ser implementados para a melhoria da qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos que vivem com HIV/AIDS, uma vez que seu enfrentamento requer a articulação do setor de saúde com a educação, serviço social, segurança pública e planejamento urbano.

CONCLUSÃO

A revisão realizada mostra que várias características do perfil das pessoas que vivem com HIV/AIDS se mantêm ao longo dos anos e mesmo após o estabelecimento de políticas e recomendações globais para combater o HIV, como os ODM. Merecem

destaque o sexo masculino, homens que fazem sexo com homens, o uso de drogas como fator de não adesão ao tratamento e a ocorrência de depressão durante a infecção pelo vírus. Chama atenção que as mulheres são, em sua maioria, heterossexuais, infectadas pelos maridos e abandonadas após o diagnóstico.

Verificou-se que a baixa escolaridade resulta em atraso no diagnóstico e dificuldade na adesão à TARV, além de preocupações em relação ao estigma e à discriminação, os quais ainda constituem uma barreira na inserção social da pessoa que vive com HIV. Apesar disso, observou-se a importância da religião no enfrentamento da infecção.

Quanto aos serviços de saúde, verificou-se que muitas vezes os diagnósticos não acontecem de maneira oportuna e que a TARV é iniciada tardiamente, mostrando a necessidade de treinamento dos profissionais de saúde, especialmente os da atenção primária.

Acredita-se que o reconhecimento do perfil das pessoas que vivem com HIV nas diferentes dimensões da vulnerabilidade é fundamental para a produção de respostas ao enfrentamento da epidemia do HIV, uma vez que esta deve considerar as singularidades e especificidades de indivíduos e/ou grupos sociais.

RECOGNITION OF THE PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS' VULNERABILITIES: NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

ABSTRACT

This study aims to describe the situations of vulnerability that people living with HIV/AIDS are exposed, through a narrative review of the literature. This study considered publications between the years 2010 and 2016. The bibliographic survey was carried out using controlled descriptors and keywords in the databases LILACS (Latin American and Caribbean Literature in Health Sciences), PubMed (National Library of Medicine) and Embase (Excerpta Medica Database). 89 studies were retrieved, which underwent three stages of selection, of which nine articles were included; (access to education, employment and salary) and programmatic (access and quality of health services). It is concluded that it is fundamental to recognize the different vulnerabilities with their dynamics and interfaces in the different social, political, economic and sanitary contexts with a view to coping with the HIV epidemic and the production of responses considering the singularities and specificities of individuals and/or social groups.

Keywords: HIV. Acquired immunodeficiency syndrome. Health Vulnerability. Health profile.

RECONOCIMIENTO DE LAS VULNERABILIDADES DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA: REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

RESUMEN

El objetivo fue describir cuales las situaciones de vulnerabilidades que las personas con VIH/SIDA están sometidas por medio de una revisión narrativa de la literatura. Este estudio consideró publicaciones entre los años de 2010 y 2016. La búsqueda bibliográfica fue realizada con la utilización de descriptores controlados y palabras clave en las bases de datos LILACS (*Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde*), PubMed (*National Library of Medicine*) y Embase (*Excerpta Medica Database*). Fueron recuperados 89 estudios que pasaron por tres etapas de selección, de los cuales fueron incluidos nueve artículos; estos trataban aspectos de la vulnerabilidad individual (situación física; conocimientos, comportamientos y actitudes; y relaciones afectivo-sexuales), sociales (acceso a la educación, empleo y sueldo) y programáticos (acceso y calidad de los servicios de salud). Se concluye que es fundamental reconocer las diferentes vulnerabilidades con sus dinámicas e interfaces en los diferentes contextos sociales, políticos, económicos y de salud con miras al enfrentamiento de la epidemia del VIH y a la producción de respuestas considerando las singularidades y especificidades de individuos y/o grupos sociales.

Palabras clave: VIH. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Vulnerabilidad en salud. Perfil de salud.

REFERÊNCIAS

- World Health Organization. Global health sector strategy on HIV, 2016-2021: towards ending AIDS. Geneva: WHO; 2016. [cited 2018 Apr 24]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf;jsessionid=80DFB08B6DF5265A574EB92DB7A06C58?sequence=1>.
- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS). Resumo informativo – Dia Mundial Contra a AIDS 2017. Brasília: UNAIDS Brasil [cited 2018 Apr 12]. Disponível em: https://unaidsonline.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf.
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). UNAIDS DATA 2018. Geneva: UNAIDS; 2018 [cited 2018 Dec 19]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/unaidsonline-data-2018_en.pdf.
- Camargo JL. Revista Em Pauta [internet]. AIDS: conheça e saiba mais sobre a doença. 2016 Jan 04. [cited 2018 Dez 19]. Disponível em: <http://wp.ufpel.edu.br/empauta/2016/01/AIDS-conheca-e-saiba-mais-sobre-a-doenca/>.
- Ayres JRCM, Paiva V, França I, Gravato N, Lacerda R, Negra MD, et al. Vulnerability, human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. *Am. J. Publ. Health* [on-line]. 2006 [cited 2018 Dec 19]; 96(6):1001-6. doi: <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2004.060905>.
- Mendes, KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm* [on-line]. 2008 [cited 2018 Dez 19]; 17(4): 758-64. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- Domingues CSB, Waldman EA. Causes of death among people living with AIDS in the pre-and post-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. *PLoS ONE* [on-line]. 2014 [cited 2018 Apr 24]; 9(2): e114661. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0114661>.
- Alencar RA, Ciosak SI. Late diagnosis and vulnerabilities of the elderly living with HIV/AIDS. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2014 [cited 2018 Apr 24]; 49(2): 229-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000200007>.
- Duarte MTC, Parada CMGL, Souza LR. Vulnerability of women living with HIV/AIDS. *Rev Lat Am Enfermagem* [on-line]. 2014 [cited 2018 Apr 24]; 22(1): 68-75. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.2837.2377>.
- Hughes A, Hope RL, Nwoko N, Ward B, Jones R, Von Schweitzer M et al. Meeting complex needs: young people with HIV in London. *HIV Medicine* [on-line]. 2013 [cited 2018 Apr 24]; 14(3): 145-52. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1468-1293.2012.01049.x>.
- Brennan DJ, Emler CA, Brennenstuhl S, Rueda S. Socio-demographic profile of older adults with HIV/AIDS: gender and sexual orientation differences. *Can J Aging* [on-line]. 2013 [cited 2018 Apr 24]; 32(1): 31-43. doi: <https://doi.org/10.1017/S0714980813000068>.
- Wilson G, Wolff M. Una década de terapia anti-retroviral: Perfil de pacientes con 10 años de triterapia de altaefectividad. *Rev Chilena Infecto* [on-line]. 2012 [cited 2018 Apr 24]; 29(3): 337-343. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182012000300015>.
- Felix G, Ceolim MF. The profile of women with HIV/AIDS and their adherence to the antiretroviral therapy. *Rev Esc Enferm USP* [on-line]. 2012 [cited 2018 Apr 24]; 46(4): 884-91. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000400015>.
- Andrade RG, Iniat JAB. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. *CadSaude Publica* [on-line]. 2015 [cited 2018 Abr 24]; 31(3): 565-74. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00019214>.
- Ferreira RF, Neto SC, Santana NC, Guimarães DA, Oliveira CD. Gender Differences in Risk Factors for Delayed Diagnosis of HIV/AIDS in a Mid-sized City of Brazil. *J Int Assoc Provid AIDS Care* [on-line]. 2016 [cited 2018 Apr 24]; 15(2): 135-40. doi: <https://doi.org/10.1177/2325957414553845>.
- Rego SRM, Rego, DMS. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antiretroviral: uma revisão da literatura. *J Bras Psiquiatr* [on-line]. 2010 [cited 2018 Abr 24]; 59(1): 70-3. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0047-20852010000100011>.
- Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad Saude Publica* [on-line]. 2015 [cited 2018 Apr 24]; 31(6): 1188-98. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00106914>.
- Zucchi EM, Paiva VSF, Junior IF. Intervenções para Reduzir o Estigma da AIDS no Brasil: Uma Revisão Crítica. *Temas Psicol.* [on-line]. 2013 [cited 2018 Abr 24]; 21(3): 1067-87. doi: <http://dx.doi.org/10.9788/TP2013.3-EE15PT>.
- Villela WV, Barbosa RM. Prevention of the heterosexual HIV infection among women: Is it possible to think about strategies without considering their reproductive demands? *Rev Bras Epidemiol* [on-line]. 2015 [cited 2018 Apr 24]; 18(1): 131-42. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1809-4503201500050010>.
- Brum CN, Paula CC, Padoin SMM, Züge SS. Experience of diagnosis disclosure for teenagers with HIV. *Texto & contexto enferm* [on-line]. 2016 [cited 2018 Abr 24]; 25(4): 1-6. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016001760015>.
- Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev Lat Am Enfermagem* [on-line]. 2011 [cited 2018 Apr 12]; 19(4): 874-81. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000400004>.
- Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/AIDS no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *SaudeSoc* [on-line]. 2010 [cited 2018 Abr 12]; 19(2): 9-20. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>.
- Jacinto PA, Tejada, CAO, Sousa TRV. Effects of macroeconomic conditions on health in Brazil. *RevSaude Publica* [on-line]. 2010 [cited 2018 Apr 12]; 44(2): 310-7. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000200011>.
- Silva RTS, Silva RAR, Rodrigues IDC, Souza Neto VL, Silva BCO, Souza FMLC. Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. *Rev Lat Am Enfermagem* [on-line]. 2018 [cited 2018 Dec 19]; 26: e2985. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2284.2985>.
- Abati PAM, Segurado AC. HIV testing and clinical status upon admission to a specialized health care unit in Pará, Brazil. *Rev Saude Publica* [on-line]. 2015 [cited 2018 Apr 12]; 49(16). doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2015049004625>.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde; 2015. [cited 2018 Abr 12]. Disponível em: <http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>.
- Mendes RS, Lima MAA, Branco CSN, Pamplona YAP. Realização da sorologia para HIV no pré-natal: conhecimento e percepção da gestante. *Rev. Enferm. Contemp.* [on-line]. 2015 [cited 2018 Abr 12]; 4(1): 12-22. doi: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.439>.
- Romeu GA, Tavares MM, Camo CP, Magalhães KN, Nobre ACL, Matos VC. Avaliação da adesão a terapia antiretroviral de pacientes portadores de HIV. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde* [on-line]. 2012 [cited 2018 Abr 12]; 3(1): 37-41. Disponível em: <http://www.sbrath.org.br/tbthss/public/artigos/201205030108BR.pdf>.
- Bezerra VP, Serra MAP, Almeida SA, Pereira IL, Chaves RB, Nogueira JA. Actions of prevention of HIV and health promotion in the context of AIDS by strategy health of the family in João Pessoa-PB. *Ciênc. Cuid. Saúde* [on-line]. 2016 [cited 2018 Dec 19]; 15(2): 343-349. doi: <http://dx.doi.org/10.4025/ciencucuidsaude.v15i2.28900>.

Endereço para correspondência: Glauber Palha dos Santos. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Av. Bandeirantes, 3900, CEP: 14040-902. Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. 55 16 3315-3407 e glauber.palha@usp.br.

Data de recebimento: 18/09/2018

Data de aprovação: 21/12/2018