



ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIA ANTIRETROVIRAL PARA O HIV NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM ESTUDO SOBRE AS PERCEPÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO HMAF.

Tatiani Leite Soares¹

Esse trabalho teve como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde do HMAF sobre a adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV nas situações de violência sexual. A análise das entrevistas permitiu identificar o processo de adesão, as dificuldades das mulheres na adesão e as estratégias adotadas pelos profissionais. Conclusão. A eficácia da adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV deve ser considerada uma das preocupações dos serviços de seguimento no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, tanto pelo seu potencial benefício quanto pelo significado no acesso aos diferentes serviços voltados para o enfrentamento à violência sexual.

Palavras-chave: violencia sexual, profilaxia antiretroviral, HIV

¹ Atualmente Assistente Social da Santa Casa de Misericórdia de São Carlos – SP. Graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pós-graduada em Gênero e Sexualidade pela Universidade Estadual do Rio de Janeiro. tatianisoares@yahoo.com.br

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso (TCC) tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais de saúde do Hospital Maternidade Alexander Fleming (HMAF) sobre a adesão à quimioprofilaxia antiretroviral (ARV) para o HIV nas situações de violência sexual. Busca-se compreender o processo de adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV das mulheres em situações de violência sexual atendidas no HMAF; identificar as dificuldades na adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV nas situações de violência sexual; e analisar as estratégias adotadas pelos profissionais do HMAF para adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV nas situações de violência sexual.

A violência contra a mulher é uma ofensa aos direitos humanos e problema de saúde pública, capaz de provocar diversos problemas à saúde. A violência contra a mulher se manifesta de diferentes formas, tais como: violência física, psicológica e sexual. A violência sexual ultrapassa as barreiras da cultura, classes sociais, cor, raça, sexos, faixas etárias, sendo as mulheres as maiores vítimas. Ou seja, um fenômeno universal que atinge indistintamente populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, espaços públicos e privados, em qualquer etapa da vida. Segundo Drezett (2002), a mulher em situação de violência sexual pode ter uma perda de um em cada quatro anos de vida saudável.

Os impactos que a violência pode causar a saúde da mulher são tanto imediatos quanto a longo prazo. Tais impactos podem ser traumas físicos, hematomas, feridas, lesões corporais. Também desenvolve problemas de disfunções psicológicas, como, distúrbios psicológicos, angústias, fugas, ira, nervosismo, entre outros. Também causa problemas na saúde sexual e reprodutiva, incluindo o risco de traumas ginecológicos, doenças sexualmente transmissíveis (DST), HIV e gravidez indesejada (DREZETT, 1999; DINIZ et al, 2007).

Visto que tais mulheres chegam fragilizadas nas unidades de assistência e necessitam de uma escuta ativa e de um acompanhamento diferenciado. A adesão é um processo dinâmico pelo qual requer decisões compartilhadas, um processo de negociação entre usuário e profissionais de saúde, que está além do uso de medicamentos, mas do acesso às informações, acompanhamento laboratorial, adequação aos hábitos, entre outros. (MS, 2008).

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1. RELAÇÕES DE GÊNERO E VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

O conceito de gênero começou a ser empregado pelos movimentos feministas na década de 1970, num cenário de inquietação intelectual a respeito da origem da subordinação feminina, gerando uma intensa produção acadêmica. Este movimento entendia que as explicações existentes para inferiorização da mulher haviam se esgotado, já não sendo capazes de explicar o motivo da submissão feminina (PISCITELLI, 2004). Além disso, o movimento, que apontava uma rejeição a um determinismo biológico, considerando que este se encontra implícito no uso da terminologia “sexo” ou mesmo “diferença sexual”, trouxe para a cena pública idéias de sexualidade e do uso dos corpos das mulheres que antes eram compreendidas como do âmbito privado.

É nesse contexto que o conceito de gênero surge como uma categoria inovadora que permite analisar o binômio dominação/homem e a subordinação/mulher através das formas de construções das relações. Piscitelli (2004) discute que essa subordinação é fruto de como o feminino é construído socialmente, situando as distinções entre características masculinas e femininas no centro das hierarquias presentes na sociedade. Dessa forma, entende-se gênero como uma construção social, e, portanto histórica.

Gomes refere-se a gênero como

“atributos culturais associadas a cada um dos sexos, contrastando-se com a dimensão anatomofisiológica dos seres humanos, estruturando-se como construções culturais e produzindo efeitos para a produção/reprodução/modelação de ser homem e ser mulher de dada sociedade.” (GOMES, 2008, p.239).

Na construção dos modelos culturais tem-se “a concepção do masculino como sujeito da sexualidade e o feminino como seu objeto”. (MINAYO, 2005, p.23). A construção desses modelos é percebida na desigualdade de papéis na sociedade.

Estudos sobre violência sofrida por mulheres e adolescentes apontam que os maiores índices deste fenômeno ocorrem dentro das relações familiares e são cometidos, em sua maioria, por pessoas próximas das vítimas, tais como marido, tio, avô, vizinho, entre outros.

As formas mais comuns de violência praticada contra a mulher são: violência física, violência psicológica e violência sexual perpetrada pelo parceiro íntimo. A violência física praticada por um parceiro é caracterizada quando há socos, tapas, ameaças de morte com armas e objetos que machucam, podendo causar a vítima lesões

com cortes e hematomas que podem levar a invalidez e até a morte. A violência psicológica ou emocional constantemente é associada a diversos fatores que prejudicam a sua saúde mental quando executadas através de xingamentos, acusações, ameaças com palavras ou gestos, críticas ao desempenho profissional e também sexual, entre outros. (OMS, 2002). A violência sexual é também uma das expressões da violência de gênero, sendo definida como

“qualquer ato sexual, tentativa de obter um ato sexual, comentários ou investidas sexuais indesejados, ou atos direcionados ao tráfico sexual ou, de alguma forma, voltados contra a sexualidade de uma pessoa usando a coação, praticadas por qualquer pessoa independentemente de sua relação com a vítima, em qualquer cenário, inclusive em casa e no trabalho, mas não limitado a eles.” (OMS,2008,p.148).

A violência sexual é, portanto, vista como uma questão de saúde pública, pois há um grande impacto sobre a saúde da mulher a longo prazo, o que aumenta a probabilidade das mulheres que sofreram a violência necessitarem dos serviços de saúde por longos períodos, aumentando assim os custos da assistência à saúde.

2.2. SITUAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

A violência sexual é um dos principais indicadores da discriminação de gênero contra mulher, podendo ser praticada tanto por um desconhecido como por um conhecido. Segundo Lopes et al (2004) a violência sexual que ocorre no âmbito doméstico é mais freqüente do que a violência cometida por agressores estranhos ou outros conhecidos das mulheres.

A Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) realizou uma pesquisa que descreve que a média de agressores conhecidos é de 10%. No que diz respeito aos agressores desconhecidos, este número chega a somar 80% dos casos de violência sexual. Acredita-se que quando o agressor é alguém muito próximo, geralmente, a vítima tem muito mais receio de publicizar a violência por causa de suas consequências, ou seja, a reação do agressor à denúncia. O alto índice de denúncias da violência por desconhecido pode estar relacionado ao fato de que a mulher se sente mais segura em denunciar esse tipo de agressor. Isso vem sendo constatado no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM).

Já na pesquisa desenvolvida pelo IPAS (2005), foi identificada uma visibilidade maior da violência sexual quando se trata de agressores conhecidos. Os agressores conhecidos somavam 52%, enquanto que os desconhecidos 37%. No Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (OMS, 2002) consta que o percentual de mulheres que

relataram vitimização sexual pelo parceiro íntimo é de 23% em North London, Inglaterra, 25% na Província Midlands no Zimbábue, entre outros. Conforme os dados apresentados, observa-se que a residência pode se constituir em um lugar violento para as mulheres e crianças. Segundo Dantas-Beger & Giffin (2005), mulheres relatam situação de sexo forçado pelo parceiro íntimo, porém não denunciam em nenhum dos serviços em que são atendidas.

Segundo Cavalcanti (2004),

“tanto na esfera policial como nos serviços de saúde há uma subnotificação desse fenômeno por causa do medo de represálias por parte dos habituais agressores: na maioria das vezes marido ou companheiro, de quem as vítimas costumam ser dependentes economicamente.” (2004, p.102).

A violência sexual é um crime universal subnotificado, praticado contra a liberdade de uma pessoa, e é considerado um problema de saúde pública devido à sua elevada incidência e as graves consequências para a saúde da mulher. Porém, nota-se que “a maioria dos serviços de saúde não está equipada para diagnosticar, tratar e contribuir para a prevenção dessa ocorrência”. (IPAS, 2005, p.89).

Segundo Oshikata (2005), os serviços de saúde não estão preparados para o atendimento de mulheres vítimas de violência sexual, devido à falta de médicos treinados e a “invisibilidade” do problema, embora exista a norma técnica emitida pelo Ministério da Saúde (MS). Na prática dos profissionais de saúde a atenção está voltada a especialidades, o que tende a obscurecer sua percepção e envolvimento com questões relacionadas à violência, não correlacionando com o estado de saúde da mulher.

2.3. ENFRENTAMENTO DA VIOLENCIA SEXUAL CONTRA A MULHER

2.3.1. Políticas de atenção à mulher em situação de violência sexual

Nas últimas décadas as mulheres têm conquistado e ocupado um significativo espaço público, gerando repercussões em diversas áreas. Como protagonistas dos movimentos sociais, as mulheres têm assumido importante liderança na luta pela melhoria da qualidade de vida.

Essas conquistas são frutos das lutas dos movimentos feministas a partir da década de 60/70, não só no Brasil, mas em todo o mundo, onde buscavam o reconhecimento de sua condição de cidadãs, capazes de decidir sobre suas vidas sexuais e reprodutivas, denunciando o controle sob as mulheres através das instituições (Estado, família, religião, etc) e propondo equidade nas relações sociais (DINIZ, s.d). Além disso, a violência e a saúde da mulher eram temas de lutas, com a preocupação em

trazer para o público o que antes era somente do privado: a violência praticada por parceiro íntimo. Preocupadas que os direitos pudessem ser iguais para todos, a violência praticada pelo parceiro ganha espaço público e passa a ser também uma questão pública.

Na década de 80, o Programa de Assistência Integral à Saúde das Mulheres (PAISM), criado em 1983, através do Ministério da Saúde, é fruto da articulação do movimento feminista e do movimento pela reforma sanitária. Em 1984, o Brasil assina a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Mulheres (CEDAW) que havia sido aprovada desde 1979, com algumas reservas. Este foi o primeiro instrumento internacional de direitos humanos voltado para as demandas das mulheres, onde estabelecia ampla agenda de ações a fim de acabar com a discriminação. Em 1994, acontece a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, também conhecida como Convenção de Belém do Pará, da qual o Brasil é signatário a partir de 1995 e assume o compromisso de enfrentar o fenômeno da violência com políticas públicas.

No entanto, somente em 2003 foi criada a Secretaria Especial de Políticas para Mulheres² (SPM). A partir da criação da SPM aumentaram-se os investimentos para a atenção às mulheres e promoveu-se a criação de novos serviços possibilitando a construção de Redes de Atendimento para a assistência às mulheres em situação de violência. Dessa forma, a necessidade da criação de uma Rede de Atendimento levou em consideração que a mulher em situação de violência percorre uma rota crítica³, em cuja rota encontra diversas portas de entrada, que devem ter profissionais capacitados para o atendimento e assistência, preocupados com a não revitimização da mulher em situação de violência.

O Estado brasileiro continuou avançando nas políticas públicas direcionadas para a saúde da mulher ao lançar, em 2004, através do Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM). E também em 2004, após a realização da I Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (I CNPM), foram definidas as diretrizes para a construção do Plano Nacional de Políticas para Mulheres (PNPM), que consolida o eixo de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, com a previsão de ações na área para o período 2004-2007.

² A Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres está vinculada à Presidência da República, possui status de ministério e tem por competência assessorar direta e imediatamente o Presidente da República na formulação, coordenação e articulação de políticas para as mulheres (SPM, 2007).

³ “A rota crítica refere-se o caminho que a mulher percorre na tentativa de encontrar uma resposta do Estado frente à situação de violência. Essa trajetória caracteriza-se por idas e vindas, círculos que fazem com que o mesmo caminho seja repetido sem resultar em soluções, levando ao desgaste emocional e à revitimização”. (SPM, 2007, p.14).

Em 2007, a II Conferência Nacional de Políticas para Mulheres (II CNPM) ampliou o PNPM e reafirmou seus pressupostos e princípios. O II Plano Nacional de Políticas para Mulheres (II PNPM) têm como previsão o período 2008-2011. Sob coordenação da SPM, em 2007, o governo federal criou o Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra Mulher. Este Pacto consiste no desenvolvimento de ações a serem executadas no período de 2008 a 2011.

As políticas públicas constituem-se como uma importante ação do governo federal, por intermédio da SPM, demonstrando a preocupação com a complexidade e gravidade do fenômeno da violência contra mulher e reconhecendo que este é um fenômeno que atinge diferentes mulheres que estão em situação de maior ou menor vulnerabilidade. Tais iniciativas devem priorizar o caráter universal, a fim de melhorar o acesso das mulheres em situação de violência aos serviços que se dão de maneira diferenciada para cada grupo social.

2.3.2. Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes

Em 1998, o MS elaborou a Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência contra Mulher e Adolescentes assumindo compromisso com os direitos humanos das mulheres. Esta Norma recomenda um atendimento adequado às vítimas de violência sexual, além de prevê a assistência ao aborto legal conforme previsto no artigo 128 do Código Penal, preconiza a anticoncepção de emergência, a quimioprofilaxia e tratamento para DST, hepatites virais e a realização da quimioprofilaxia com ARV para o HIV/Aids (MENDES, 2007).

A Norma Técnica é divulgada para os serviços de saúde sob o formato de protocolo, ou seja, “um plano escrito que define, para uma realidade específica, os procedimentos que devem ser seguidos para identificar e responder apropriadamente às vítimas de violência sexual”. (CAVALCANTI, 2004, p.60).

O MS, preocupado com a garantia de serviço e atendimento às mulheres em situação de violência sexual, atualizou a Norma Técnica em 2005, atendendo aos objetivos do Ministério no que se refere a “capacitar e equipar os serviços a diagnosticar os casos de violência e promover a assistência adequada, e ampliar e desenvolver os serviços especializados ou de referência”. (MS, 2005, p.8).

Segundo a Norma Técnica (MS, 2005), é importante que se tenha um atendimento interdisciplinar, que esta equipe de saúde seja composta por médicos(as),

psicólogos(as), enfermeiros(as) e assistentes sociais, porém, na falta de algum deles, exceto o médico, não se deve deixar de prestar atendimento.

No que se refere às medicações, é orientado sobre a anticoncepção de emergência (AE) que deve ser medicamento utilizado na prevenção da gravidez após a violência sexual. As DST não virais em decorrência da violência sexual podem acarretar consequências físicas e emocionais na vida da mulher. Não se tem o tempo limite para iniciação da medicação de DST não virais em situações de violência sexual, diferentemente do uso da quimioprofilaxia ARV para o HIV que deve ser administrada em até 72 horas após a ocorrência da violência sexual e mantida por 4 semana ininterruptas.

A adesão ao tratamento da quimioprofilaxia ARV é uma das etapas mais importantes na redução do risco de transmissão da infecção pelo HIV. Para isto, o profissional de saúde deverá aconselhar a mulher em situação de violência sexual sobre a importância da adesão ao tratamento ARV e sobre as reações adversas.

2.4. ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIA ARV PARA O HIV PARA AS MULHERES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA SEXUAL

O Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, afirma que

o sexo violento ou forçado pode aumentar o risco de transmissão de HIV. Na penetração vaginal forçada, comumente ocorrem abrasões e cortes, facilitando assim a entrada do vírus (...). As pessoas que sofrem estupro anal – homens e meninas, bem como mulheres e meninas – também são mais suscetíveis à infecção por HIV do que seria se o sexo não fosse forçado, uma vez que os tecidos anais são facilmente danificados. (OMS, 2002, p.163).

O grau de risco está sujeito a condição sorológica do agressor; ao número de agressores, principalmente nos casos de múltiplos agressores ou desconhecidos, aumentando as dificuldades de determinar suas condições sorológicas para o HIV.

Segundo Drezett, “estudos indicam a possibilidade de soroconversão entre 0,8 e 1,6%, risco comparável (ou mesmo superior) ao observado em outras formas de exposição sexual única, receptiva ou insertiva, ou mesmo nos acidentes ocupacionais”. (2002, p.20). Porém, o uso da quimioprofilaxia ARV para o HIV tem sido contestado com alguns argumentos importantes como a condição de desconhecimento sorológico do agressor, a falta de estudos com estatísticas quanto ao resultado e por se tratar de um “procedimento relativamente complexo e novo, em intenso processo de investigação”. (MS, 2007a, p.36).

Para que haja redução dos riscos de transmissão da infecção pelo HIV, é necessária a adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV, pois os riscos de falhas e de desenvolvimento de resistência viral acontecem com a não adesão. Os medicamentos são fortes, sendo assim, é importante que a “pessoa exposta deve ser orientada sobre os possíveis efeitos colaterais [náuseas, vômitos, sonolência, prurido, disfagia, entre outros] e sobre a necessidade de adesão estrita ao esquema”. (MS, 2007b, p.176).

A adesão ao ARV para o HIV diminui quando interfere “nas atividades cotidianas ou nos hábitos alimentares, ou quando acarreta muitos efeitos colaterais”. (MS, 2007a, p.39). Segundo MS, a adesão “é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo”. (2008, p.14). Ou seja, é necessário não somente seguir às orientações, mas entender, concordar e adotar as prescrições médicas.

Diante dessas informações que influenciam na descontinuidade da quimioprofilaxia ARV para o HIV, é importante ressaltar o papel exercido pelos profissionais de saúde no trato da violência sexual, visto que estes estão em posição estratégica e devem estar preparados, oferecendo atendimento adequado e qualificado, orientações e respeito.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Este estudo adotou uma abordagem qualitativa com utilização de entrevistas semi-estruturadas com perguntas abertas e fechadas formuladas a partir do delineamento do objeto, baseada em roteiro. A análise dos dados coletados através da análise de conteúdo na modalidade temática. A amostra foi composta por duas assistentes sociais (emergência e acompanhamento); 2 médicas (acompanhamento e emergência); e 1 enfermeira (emergência).

4. RESULTADOS

4.1 CARACTERIZAÇÃO DOS SUJEITOS

Na análise, foram incluídas as seguintes variáveis: **dados de identificação das profissionais, formação profissional das profissionais e inserção institucional das profissionais.**

Quadro nº1: Dados de identificação das profissionais

Profissionais / dados de identificação	AS1	AS2	MA	E	ME
Sexo	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino	Feminino
Idade	60 anos	51 anos	53 anos	51 anos	45 anos
Naturalidade	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
Situação conjugal	Solteira	Viúva com companheiro	Separada	Solteira	Separada
Orientação religiosa	Acrediçã em Deus	Evangélica	Católica	Católica	Católica e Espírita

Quadro nº2: Formação profissional das profissionais

Profissionais / Formação profissional	AS1	AS2	MA	E	ME
Profissão	Assistente Social	Assistente Social	Médica	Enfermeira	Médica
Local de formação	Privada	Pública	Pública	Pública	Pública
Tempo de formada	27 anos	10 anos	30 anos	27 anos	15 anos
Pós-graduação	Não possui	Possui	Possui	Possui	Possui

Quadro nº3: Inserção institucional das profissionais

Profissionais / inserção institucional	AS1	AS2	MA	E	ME
Cargo	Assistente social	Chefe do Serviço Social	Chefe do Ambulatório	Supervisora do dia	Obstetra
Tempo na unidade	23 anos	4 anos	20 anos	3 anos	10 anos
Atividades relacionadas ao 1º atendimento e ao acompanhamento a quimioprofilaxia ARV para o HIV	Apoio, relatório, encaminhamento	Acolhimento à mulher e à família, relatório, acompanhamento subsequente, encaminhamento	Chefe dos serviços de violência sexual	Administração das medicações	Entrevista, exame médico, prescrição e solicitação de exame

As atividades das profissionais entrevistadas relacionadas ao 1º atendimento e ao acompanhamento a quimioprofilaxia ARV para o HIV variam de acordo com cada profissão, e tem um papel estratégico na garantia de um atendimento de qualidade às mulheres. Para o desempenho adequado dessas atividades é indispensável uma formação capaz de possibilitar uma visão crítica e ampliada sobre o fenômeno da violência sexual.

4.2 O PROCESSO DE ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIA ARV PARA O HIV DAS MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS

NO HMAF

A análise das entrevistas sobre o processo de adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV permitiu identificar tres núcleos de sentido: **(1) condições de atendimento** com ideias assossicadas ao *ambiente e o tempo de realização*; **(2) critérios para atendimento** com ideias assossicadas ao *contato sexual; e exames e medicações*; e **(3) procedimentos no atendimento** com ideias assossicadas ao *aconselhamento; encaminhamentos e acompanhamentos internos externos*).

Conforme a Norma Técnica (MS, 2007), é importante para as mulheres em situação de violência sexual que “a equipe de saúde [busque] identificar as organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam contribuir com a assistência, a exemplo da Delegacia Legal da Mulher e da Criança, Instituto Médico Legal [...] entre outros” (MS, 2007, p.24).

Os serviços de referência podem garantir a adesão dos usuários quando oferecem um serviço qualificado e com uma equipe multidisciplinar. Para tal, é necessário que os profissionais de saúde que fazem o atendimento inicial e o acompanhamento das mulheres com o uso da quimioprofilaxia ARV para o HIV conheçam a rede de atendimento.

4.3 AS DIFICULDADES NA ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIA ARV PARA O HIV DAS MULHERES EM SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL ATENDIDAS NO HMAF

Ao analisar as dificuldades das mulheres na adesão a quimioprofilaxia ARV para o HIV, considerou-se os núcleos de sentidos: **falar sobre a violência; e efeitos colaterais**.

Segundo Colombrini; Lopes; Figueiredo (2006), a adesão deve ser construída, a qualidade do cuidado e a relação com os profissionais de saúde no atendimento são aspectos considerados fundamentais para a adesão ao tratamento, assim possibilitam “o comprometimento decorrente da compreensão do que o tratamento significa e sua eficácia”. (2006, p.579).

Outros fatores são identificados na literatura para a não adesão ao tratamento do ARV para o HIV, porém não foram mencionados pelas profissionais entrevistadas. Segundo Colombrini; Lopes; Figueiredo (2006), podem ser considerados como fator para a não adesão as características demográficas, isto inclui a renda, escolaridade, condições de habitação, raça, ocupação/emprego, idade, religião, entre outros.

As dificuldades apresentadas para a adesão podem gerar para os profissionais de saúde uma grande preocupação, pois a perda dessas mulheres no segmento torna cada vez mais difícil avaliar os resultados da eficácia da quimioprofilaxia ARV para o HIV em situações de violência sexual.

4.4 AS ESTRATÉGIAS ADOTADAS PELOS PROFISSIONAIS DO HMAF NA ADESÃO À QUIMIOPROFILAXIA ARV PARA O HIV NAS SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA SEXUAL

No que se refere às estratégias para a adesão foram identificados os núcleos de sentidos: **atendimento diferenciado** com ideias assossicadas às *orientações e acolhimento*; e **capacitação**.

Essa representação de atendimento diferenciado se aproxima da perspectiva preconizada pela Norma Técnica (MS, 2007), que considera, o acolhimento como elemento importante para a qualidade do atendimento e a humanização da atenção. Ademais, a relação com os profissionais é fundamental para a adesão ao tratamento, com boa qualidade no cuidado, clareza da comunicação e o sentimento de apoio (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006).

Inúmeros são os fatores apresentados para a não adesão ao ARV para o HIV, para isto é “fundamental que os profissionais de saúde estejam preparados para identificar os fatores de risco para a não adesão e assim, propor intervenções que efetivamente viabilizem a promoção da adesão” (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006, p.579).

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo aponta para: **a)** dificuldade na adesão a quimioprofilaxia ARV para o HIV; **b)** diversidade de explicações para descontinuidade do acompanhamento; e **c)** importância do vínculo com a equipe multiprofissional para garantir a adesão.

O processo de adesão se dá inicialmente com facilidade pelas mulheres. As profissionais relataram que elas aceitam bem os primeiros medicamentos, porém as dificuldades encontram-se no segmento. É a partir deste momento que as profissionais não sabem responder como se dá a adesão, ou porque estão inseridas na emergência e não tem mais contato com a usuária, ou porque elas não retornam depois de completar

os 28 dias de medicações, o que faz com que as profissionais não saibam se elas completaram ou não todo o tratamento do ARV para o HIV.

A interdisciplinaridade é um instrumento que permite intervir na realidade social, principalmente porque diferentes campos de conhecimentos se articulam, tendo o mesmo objeto de investigação (SUGUIHIRO; BARROS, 2004). Segundo a Norma Técnica (MS, 2007), é necessário que o atendimento às mulheres em situação de violência sexual seja feito por uma equipe interdisciplinar e que estes estejam preparados para garantir uma boa assistência nas diferentes etapas do atendimento.

Conclusão. A eficácia da adesão à quimioprofilaxia ARV para o HIV deve ser considerada uma das preocupações dos serviços de seguimento no atendimento às mulheres em situação de violência sexual, tanto pelo seu potencial benefício quanto pelo significado no acesso aos diferentes serviços voltados para o enfrentamento à violência sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAVALCANTI, Ludmila. Fontenele. **Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual:** representações e práticas dos profissionais de saúde. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2004.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B. de M.; FIGUEIREDO, R. M. de. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem USP.** v.40, n.4, p.576-581. 2006.

DANTAS-BERGER, S. M.; GIFFIN, K. Violência nas relações de conjugalidade. **Cadernos de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v.21, n.2, p.417-425, mar./abr. 2005.

DREZETT, J. Estudo da Adesão a Quimioprofilaxia Antiretroviral para a Infecção por HIV em Mulheres Sexualmente Vitimizadas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia: RBGO,** v. 21, n. 9, p. 539-544, 1999.

_____. Profilaxia pós-infeciosa de mulheres estupradas. *In*: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE INFECÇÃO PELO HIV EM MULHERES E CRIANÇAS, 4, Rio de Janeiro, 2002. **Livro de resumos**. Universidade Federal do Rio de Janeiro e Institute of Virology of Maryland, p.20-2, 2002.

DINIZ, N.M.F *et al.* Mujeres Víctimas De La Violência Sexual: Adhesión a La Quimioprofilaxia Del HIV. **Revista Latino-americana Enfermagem**. v. 15, n. 1. jan./fev. 2007. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em 15 mar. 2009.

DINIZ, S. G. **Violência de gênero: O trabalho com violência de gênero como questão de saúde**. [s.d].

LOPES, I.M.R.S et al. Caracterização da violência sexual em mulheres atendidas no projeto Maria – Maria em Teresina – Piauí. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.2. p.111-116, 2004.

MINAYO, M. C. S. Laços perigosos entre machismo e violência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.10, n.1, p.18-34, 2005. (GOMES, 2008, p.239).

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes: Norma Técnica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV: 2005/2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

MENDES, C. H. F. Violência contra mulher e políticas públicas no setor da saúde. *In*: SUELY, S. A. (org.). **Violência de Gênero e Políticas Públicas**. Rio de Janeiro: UFRJ. 2007. p.157-174.

PISCITELLI, A. Reflexões em torno do gênero e feminismo. *In*: COSTA, C.L; SCHMIDT, S.P. (org.). **Políticas e Práticas Feministas**. Florianópolis: Mulheres. p.43-66, 2004. (IPAS, 2005, p.89).

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de violência e saúde**. Geneva: OMS; 2002.

OSHIKATA, C.T; BEDONE, A.J; FAÚNDES, A. Atendimento de emergência a mulheres que sofreram violência sexual: características das mulheres e resultados até seis meses pósagressão. **Cadernos de Saúde Pública**, v.21, p.192-199, jan./fev. 2005.

SUGUIHIRO, V. L. T. ; BARROS, M. N. F. de. A Interdisciplinaridade como Instrumento de Inclusão Social: desvelando realidades violentas. **Revista Digital Art&**, Porto Alegre, 2004.