



**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONDIÇÕES DE VIDA, SITUAÇÃO DE SAÚDE
PRÁTICAS DE CUIDADO**

TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:
CAMINHOS, TRILHAS E AFECÇÕES**

Salvador
2023

TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:
CAMINHOS, TRILHAS E AFECÇÕES**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva do Departamento de Ciências da Vida da Universidade do Estado da Bahia para concessão do título de mestre. Orientador Prof. Dr. Marcio Costa de Souza e coorientadora Profa. Dra. Márcia Cristina Graça Marinho.

Salvador
2023

TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO

**PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS:
CAMINHOS, TRILHAS E AFECÇÕES**

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva, no
Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, na
Universidade do Estado da Bahia.

Data da entrega: 29.03.2023

Marcio Costa de Souza- Orientador

Doutor em Medicina e Saúde Humana pela Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública-
Salvador-BA

Marcia Cristina Graça Marinho- Coorientador

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia- Salvador-BA

Clarissa Terenzi Seixas

Doutora em Ciências Sociais/ Saúde Pública pela Université Paris Descartes, Paris V, França

Magno Conceição das Mercês

Doutor em Ciências da Saúde pela Universidade Federal da Bahia, Salvador-BA

Sandra Assis Brasil

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia- Salvador-BA

AGRADECIMENTOS

Como desejei vivenciar esse momento! Minhas expectativas eram grandes, mas o MEPISCO me surpreendeu. Imaginava que seria uma jornada que exigiria muita dedicação, mas a felicidade da experiência, da vivência, da convivência, do privilégio do conhecimento adquirido e compartilhado e de cada descoberta que a ciência proporciona, tornou tudo mais leve e prazeroso. Não foi fácil alcançar a tão sonhada vaga, tampouco o iminente título de mestre. Após três tentativas de ingresso, percebi que o caminho das tentativas era o amadurecimento necessário e a reafirmação do que desejava.

Agradeço a Deus, por permitir a realização de mais esse sonho. O Senhor nunca me desampara. Aos meus pais Francisco e Elaci Barbosa, meu irmão Túlio Barbosa e meu marido Müller Cardoso pelo apoio de sempre, compreensão e cuidado comigo. Por sonharem os meus sonhos e envidarem todas as energias e esforços para me verem feliz e realizada. Amo vocês incondicionalmente. Vocês quatro são minhas dádivas.

A leveza do processo fica por conta do melhor orientador que eu poderia ter: professor Marcio. E para completar o trio, não poderia ter melhor dupla: Ana Beatriz. Como foi incrível nosso encontro. A sintonia, o apoio mútuo, as terapias de quarta à noite apelidadas de orientação, a energia positiva, encontrar vocês, independente do cansaço do dia-a-dia, sempre era um momento que se estendia muito mais do que o programado porque fluía e em todos os encontros, sem excluir nenhum, eram momentos de produção de felicidade. E a coorientação da professora Márcia foi como um presente. Era a cereja do bolo que eu precisava para qualificar ainda mais as discussões acerca do tema escolhido. Minha profunda gratidão!

Ju, Joãozinho e Sophi que vieram para completar nossa família, meus agradecimentos a vocês também que trouxeram ainda mais alegria às nossas vidas. Gratidão aos meus tios e tias, primos e primas pela torcida, inspiração e votos de vitória em cada passo da minha vida.

Aos meus avós Flávio e Jacy Barbosa e Waldo (in memoriam) e Eunice Pitanga (in memoriam) dedico essa conquista a vocês. Que eu possa honrar toda ancestralidade que carrego comigo e que, aqui da Terra ou lá do céu, vocês possam se orgulhar da minha caminhada terrena até o momento.

Aos meus colegas do grupo de pesquisa de micropolítica, minha gratidão a cada venda retirada dos meus olhos por vocês. O aprendizado de vida que as quartas-feiras quinzenais

proporcionaram verdadeiramente me transformaram. Aos meus colegas de MEPISCO, obrigada! Partilhar com vocês foi show demais. Nossa união e coesão, nem as aulas remotas foram motivo de afastar nossa interação. A Deni, Tici, Adri, Vivi, Mari e Lavi meus agradecimentos pela acolhida e inspiração. Inicialmente unidas pela orientação/coorientação em comum mas que permitiu se estender pela energia bacana que existe entre nós. Desejo que essa amizade construída se perpetue e possamos ter momentos de convivência tão profícuos como foram os momentos do mestrado. Ao reencontro com Cate e Nanda, companheiras de profissão, como foi bom revê-las e dividir com vocês esse momento.

Aos professores do MEPISCO, obrigada pelo acolhimento, disponibilidade e conhecimento compartilhado. Tudo que é feito com amor e por amor não pode ser diferente do que pudemos experienciar com vocês. Foi incrível! Obrigada aos professores que fizeram parte da minha banca de qualificação e defesa. Vocês foram essenciais para o aprimoramento do produto final de toda essa caminhada.

Agradeço também às estudantes de Iniciação Científica de ações afirmativas, Evelin, Débora, Thaynara e Ana Beatriz Mercês. Aprendi muito com vocês e sem as vossas colaborações o caminho teria sido mais árduo.

Obrigada aos meus colegas de trabalho do SEMAE e Jana, Eriko e Hamuel do HOSPMEV. Nossas discussões sempre tão didáticas, tendo o afeto como guia de qualquer aprendizado, fizeram parte de várias construções dessa produção.

E por fim e o mais importante, agradeço aos usuários do SEMAE, em especial àqueles que concederam as entrevistas. Esta produção é para vocês e por vocês. Espero que eu possa ser uma boa porta-voz de vossas histórias, muitas vezes silenciadas pelo medo do preconceito e discriminação. Que essa produção possa provocar reflexões em cada leitor em direção a uma mudança da concepção do que é o viver com HIV.

RESUMO

A AIDS é considerada uma pandemia com períodos epidêmicos e os fatores que perpassam pelas afecções geradas durante o processo de diagnóstico e tratamento são preponderantes para compreender os processos de subjetivação desencadeados e a produção do cuidado. A pesquisa teve como objetivo compreender os percursos do cuidado produzidos em Pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) que abandonaram a terapia antirretroviral (TARV) ou tenham dificuldade na continuidade do cuidado a partir das afecções estabelecidas nos itinerários. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório em que pessoas acompanhadas no serviço foram convidadas para entrevistas semiestruturadas para a produção de dados. Complementarmente foi realizado diário de campo pelos pesquisadores. Como filosofia buscamos uma aproximação à Cartografia, não no plano geográfico, mas sim no território existencial. O estudo foi realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais denominada Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE, localizada em Salvador-Bahia. Para dar conta da produção dos dados na perspectiva filosófica da cartografia, foi utilizada a ferramenta denominada de usuário-guia para evidenciar as experiências, ou o não revelado da vivência singular dessas pessoas e os seus processos de subjetivação relacionados com o adoecimento pudessem ser expropriados. As entrevistas foram transcritas, realizada leitura flutuante e exaustiva, emergindo os analisadores Vínculo (familiar e profissional) como potência e Cuidado e/ou abandono? Uma dobra nas existências. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia através da Plataforma Brasil sob número do parecer 5.297.614.e CAAE 54898221.4.0000.0057, o qual respeitou as normas brasileiras de pesquisa com seres humanos, previstas na resolução 466/2012 e as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais previstas na resolução 510/2016. O estudo apresentou a possibilidade de se debater sobre um tema relevante, e assim colaborar na produção de melhorias no cenário da saúde, principalmente no que concerne ao processo de trabalho em saúde e

resolutividade do cuidado, que poderá contribuir para uma melhor atenção à saúde desta população.

ABSTRACT

AIDS is considered a pandemic with epidemic periods and the factor that pervade the conditions generated during the diagnosis and treatment process are preponderant to understand the processes of subjectivation triggered and the production of care. The research aimed to understand the care pathways produced in people living with HIV/AIDS (PLWHA) who abandoned antiretroviral therapy (ART) or have difficulty in continuing care based on the conditions established in the itineraries. This is an exploratory qualitative study in which people monitored at the service were invited to semi-structured interviews for the production of data. In addition, a field diary was carried out by the researchers. As a philosophy, we seek an approximation to Cartography, not in the geographic plan, but in the existential territory. The study was carried out in a municipal reference unit for specialized care for PLWHA, people with other Sexually Transmitted Infections (STIs) and Viral Hepatitis called Municipal Service for Specialized Assistance- SEMAE, located in Salvador- Bahia. To account for the production of data in the philosophical perspective of cartography, the tool called user-guide was used to highlight the experiences, or the unrevealed of the unique experience of these people, their subjectivation processes related to the illness could be expropriated. The interviews were transcribed, a fluctuating and exhaustive reading was carried out, emerging the analyzers link (family and professional) as power and Care and/or abandonment? A fold in stocks. The study was approved by the Research Ethics Committee of the State University of Bahia through Plataforma Brasil under opinion number 5.297.614 e CAAE 54898221.4.0000.0057 and the norms applicable to research in Human and Social Sciences provided for in resolution 510/2016. The study presented the possibility of discussing a relevant topic, and thus collaborating in the production of improvements in the health scenario, especially with regard to the work process in

health, the resoluteness of care that can contribute to better health care of this population.

SUMÁRIO

1 RIZOMAS E CONEXÕES QUE RESSIGNIFICAM A VIDA

1.1 RIZOMA CONSTITUTIVO DA EXPERIMENTAÇÃO FAMILIAR

1.2 A INTERCESSÃO RIZOMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MINHA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

1.3 A DES (RE) TERRITORIALIZAÇÃO DA INTERCESSÃO RIZOMÁTICA SEMAE - MINHA VIDA

2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GERAL

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

3.3 VULNERABILIDADES, ESTIGMA E PRECONCEITO

3.4 BARREIRAS DE ACESSO E SEUS IMPACTOS NOS CAMINHOS DO CUIDADO

3.5 UM OLHAR SUBJETIVO DO CUIDAR

3.6 RUPTURA BIOGRÁFICA

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

4.2 LOCAL DO ESTUDO

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

4.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS E PROCEDIMENTOS

4.5 ANÁLISE DE DADOS

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo: MULTIPLICIDADES E SINGULARIDADES NO CAMINHAR DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

43

6 PRODUTO TÉCNICO

1. INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3. PERCURSO METODOLÓGICO

4. PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

4.1. USUÁRIOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E NÃO ESTÃO EM TRATAMENTO

4.2. USUÁRIOS COM PROVÁVEL FALHA TERAPÊUTICA

4.3. GESTANTE COM HIV/AIDS COM CARGA VIRAL DETECTÁVEL

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (usuário) 87

**APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(trabalhador)**

APÊNDICE C- ROTEIRO DE ENTREVISTA 89

**APÊNDICE D - PUBLICAÇÃO DE RESUMO EXPANDIDO NA REVISTA PRÁTICAS E
CUIDADO: REVISTA DE SAÚDE COLETIVA**

**APÊNDICE E- CONSTRUÇÃO DE CONTEÚDO DIGITAL JUNTAMENTE COM A
TURMA DE ESTUDANTES DO PIASC PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O TEMA
DE ISTs**

**APÊNDICE F- APRESENTAÇÃO DE RESUMOS NO CONGRESSO INTERNACIONAL
DA REDE UNIDA**

**RESUMO A: BARREIRAS DE ACESSO E SEUS IMPACTOS NOS CAMINHOS DO
CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

**RESUMO B: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS COMO FERRAMENTA PARA
COMPREENSÃO DOS CAMINHOS TRILHADOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

**RESUMO C: VULNERABILIDADES, ESTIGMA E PRECONCEITO DAS PESSOAS QUE
VIVEM COM HIV/AIDS: ELEMENTOS PARA UMA RUPTURA BIOGRÁFICA?**

**Título do Subprojeto 1: BARREIRAS DE ACESSO EM PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA- SEMAE: UM OLHAR A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE**

**Título do Subprojeto 2: A MORTE OU VIVER COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO SOBRE O PÓS
DIAGNÓSTICO DE PESSOAS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO MUNICIPAL DE
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA - SEMAE: UM OLHAR A PARTIR DA
INTERSECCIONALIDADE.**

**Título do Subprojeto 3: VULNERABILIDADE SOCIAL, PRECONCEITO E
DISCRIMINAÇÃO: O COTIDIANO PARA QUEM VIVE COM HIV/AIDS**

**Título do Subprojeto 4: O ESTIGMA DO ADOECER COM HIV/AIDS: UM OLHAR SOBRE A
RUPTURA BIOGRÁFICA.**

1 RIZOMAS E CONEXÕES QUE RESSIGNIFICAM A VIDA

Muitas ressonâncias ocorreram em mim durante a escrita dessa apresentação. Porque a produção desse estudo me gerou muitas reflexões, interferências, ressonâncias no sentido do que uma pesquisa interferência pode, de fato, produzir nos pesquisadores. Os impactos ressoam de forma contínua nos vários momentos do dia-a-dia lembrando sobre as entrevistas, minha vida, minhas concepções, meu fazer diário. Foi um mergulho interior de aprendizado de vida.

Entendi que a melhor maneira de me apresentar seria através de um grande rizoma dividido didaticamente em âmbitos, mas que não se divide na realidade. Pois o rizoma, segundo Deleuze e Guattari (2011) não tem começo e nem fim. Assim como esta pesquisa. Assim como a minha passagem. Isso porque trago o passado da minha ancestralidade e todos os saberes e aprendizados que ela pode me proporcionar e deixo minha contribuição para o futuro, as deformações causadas em mim e em quem pude afetar com os encontros proporcionados, tanto durante a produção desse estudo, quanto em conversas informais sobre ele e através do produto científico que ele gerará. A apresentação, então, foi dividida em três intercessões rizomáticas: família, profissão e SEMAE.

1.1 RIZOMA CONSTITUTIVO DA EXPERIMENTAÇÃO FAMILIAR

Escolher a profissão que seguiria não foi tarefa fácil para mim. As influências de mulheres fortes e bem sucedidas da família que seguiram a área do Direito eram pulsantes, mas de fato não me identificava com o dia-a-dia de um bacharel em Direito. Meu irmão sim, gostava de português, história, geografia, gostava de discursar, se deliciava em leituras extensas. Hoje é um excelente advogado.

O que eu gostava mesmo era de biologia, química. Então decidi escolher a área de saúde para prestar vestibular (Farmácia, Fisioterapia e Medicina). Em cada universidade escolhi um curso diferente. Sempre fui muito indecisa nos processos de escolha da vida. Parece que é uma vontade de experimentar tudo que seja possível e o escolher não é só eleger o que será vivido, mas também deixar de lado algo que poderia ser vivido.

Fiz ballet clássico desde os quatro anos de idade, e diante dessa experiência, tive meu primeiro emprego como professora de ballet. A expressão dos sentimentos através do corpo era o que me encantava, por isso, em momentos reflexivos sobre a escolha profissional, esta conexão com o corpo e suas expressões me levou para o caminho da Fisioterapia.

Meu pai é farmacêutico, mas não exerce a profissão. Durante a faculdade de Farmácia foi aprovado em um concurso público e se dedicou a essa carreira que lhe foi oportunizada. Inteligentíssimo e encantado pela botânica e as ações farmacológicas que a natureza nos proporciona. Encantamento este provavelmente proveniente de meu avô, descendente de indígenas e conhecedor profundo da sabedoria popular das ervas medicinais.

Minha mãe teve forte influência no meu aprendizado do que é o cuidado. Assistente social, sempre muito empenhada com minha criação e de meu irmão e, tanto profissionalmente quanto na família, se dedica de forma potente ao cuidado de todos. Ela me influencia todos os dias quanto ao verdadeiro conceito de empatia, amor ao próximo e atenção à saúde daqueles que amamos e que são o amor de alguém.

Importante destacar que alguns temas me trouxeram reflexões sobre o equilíbrio entre o cuidado do outro e o autocuidado. Por diversas vezes, durante a escrita da dissertação, precisei respeitar meu tempo diante do enfrentamento de situações e histórias que me abalaram. Foi preciso parar, sentir, cuidar e retomar (um *ritornello*), conectar, desconectar, ressignificar sempre, um rizoma. Assim é o movimento da vida ao cuidarmos do outro, nos autocuidar e permitir que o outro nos cuide. E isso precisa estar em equilíbrio.

Diante de experiências diversas, foi então que prestei vestibular para essas três profissões, fui aprovada nas duas primeiras e as cursei concomitantemente. A primeira finalizei em 2011 e a segunda em 2016. Gostava do conhecimento que elas me proporcionavam e fui seguindo pelas portas que se abriam de uma ou de outra.

1.2 A INTERCESSÃO RIZOMÁTICA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NA MINHA FORMAÇÃO PROFISSIONAL

Durante minha vida acadêmica e profissional, sempre busquei aprofundar os estudos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e suas políticas. A primeira oportunidade que tive de conhecer a dinâmica de funcionamento do SUS foi através do Estágio Extracurricular no Laboratório Central de Saúde Pública (LACEN-BA) em 2009 e, logo em seguida, o Estágio de Vivência no SUS promovido pela Escola Estadual de Saúde Pública em 2010.

Foram experiências valiosíssimas em que pude conhecer na prática as potencialidades do SUS, o brilhantismo do sistema, mas também suas fragilidades. Foi um mergulho que me fez conhecer com maior profundidade esse sistema. Realizei cursos sobre o tema durante esse período, assisti palestras e conferências e a cada dia ficava mais claro para mim que gostaria de traçar minha trajetória profissional voltada para a saúde coletiva.

Outro momento importante na graduação de Farmácia foi no componente curricular de Saúde Coletiva, no qual tive uma percepção de afinidade com este núcleo de saber. Foi tão significativo que escolhi a professora deste componente como minha orientadora para o Trabalho de Conclusão de Curso no qual estudamos sobre os gastos públicos em saúde no Brasil e Espanha: um enfoque no financiamento de medicamentos da atenção primária. O interesse em realizar esse comparativo partiu da experiência do intercâmbio que tive oportunidade de participar durante o processo formativo e despertou a necessidade de conhecer esse componente do Sistema de Saúde destes países.

Nesse momento a grande área de atuação já estava escolhida e, mais especificamente, o que realmente gostaria de atuar seria com atenção farmacêutica na saúde coletiva. Conheci o funcionamento das farmácias comunitárias na Espanha e através de um professor de Nutrición Clínica da Universidad de Granada que era também farmacêutico do Hospital da cidade, solicitei que me concedesse a oportunidade de estagiar naquela unidade.

Durante a carreira acadêmica, o âmbito hospitalar me atraía, talvez por exigir muitos conhecimentos técnicos específicos que não eram dominados pela população em geral. Isso, quiçá, desse uma frágil sensação de poder devido a detenção do conhecimento e pela

possibilidade de mudar o curso da vida das pessoas, de maneira positiva, pensando numa perspectiva unilateral do que significava o positivo na vida do outro. Aliado a isso, minha formação acadêmica se constituiu de maneira mais dura e tímida na formação de estudos qualitativos.

Provavelmente foi nesse estágio que muitas desconstruções aconteceram. A intenção seria estagiar no setor de nutrição parenteral ou atenção farmacêutica para as pessoas internadas naquela instituição, mas a vaga disponível era para o ambulatório. Estava lá para aprender e viver todas as experiências que pudessem ser oportunizadas. Então me permiti essa vivência. Nesse setor, realizávamos atendimento a pessoas que vivem com HIV e com problemas de saúde que exigiam tratamento com medicamentos denominados de alto custo, como pessoas com artrite reumatóide, psoríase, dentre outros. A aproximação com as histórias de vida, com os diferentes modos de viver e o que o HIV significava na vida daquelas pessoas iniciaram deformações no meu modo de pensar o fazer farmacêutico. A percepção das subjetividades e a importância delas nos atendimentos começavam a fazer sentido. Até mesmo os silêncios. Essas dobras continuaram a se conformar com o retorno para finalização do curso no estágio nos ambulatórios do Hospital das Clínicas, dentre eles também o ambulatório de HIV.

Me graduei em Farmácia em 2011, iniciei a Habilitação em Análises Clínicas e Saúde Pública e continuei os estudos do curso de Fisioterapia, outrora iniciado conjuntamente em 2006. Nesse período, o foco continuava sendo em Saúde Coletiva. O trabalho de Conclusão do Curso de Fisioterapia versou sobre Indivíduos com HIV/AIDS: Perfil clínico e epidemiológico de pacientes atendidos em um serviço de saúde de referência, também sob orientação de professores que se debruçavam sobre o estudo da Saúde Coletiva. Um encontro de grande potência no meu aprendizado acadêmico e de vida, que se repetiria em 2019 com a oportunidade de cursar como Aluna Especial o Componente Curricular de Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde ministrada pelo Professor Marcio.

Entre encontros potentes, trilhas não lineares, e caminhos direcionados (área hospitalar) foi se territorializando, desterritorializando e reterritorializando uma Talita, com muitos desejos e atravessamentos, que os processos formativos lhe proporcionaram, alguns como barreiras que precisam ser enfrentadas, outros como oportunidades. Como o rizoma, produzem rupturas assignificantes, e assim, novas formas de existências me constituem a cada instante, o que me

tornam singular e múltipla.

1.3 A DES (RE) TERRITORIALIZAÇÃO DA INTERCESSÃO RIZOMÁTICA SEMAE - MINHA VIDA

Em 2012 vi no concurso público da Prefeitura de Salvador a oportunidade de atuar em umas das grandes áreas que tinha afinidade: saúde coletiva. As vagas disponíveis eram para duas farmácias de Unidades Básicas de Saúde e uma vaga para o Serviço Municipal de Assistência Especializada (SEMAE), unidade de referência da prefeitura para atendimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS, outras Infecções Sexualmente Transmissíveis e Hepatites Virais. Apesar da distância para minha residência, não tinha dúvidas que a vaga do SEMAE era a que me traria mais felicidade.

O SEMAE faz parte da minha vida de uma maneira muito singular. Foi minha primeira experiência como farmacêutica, iniciada há 10 anos, local que compartilho até hoje o fazer diário, o meu viver, e ao mesmo tempo me proporcionou a aproximação de momentos difíceis da vida que hoje pertencem ao meu cotidiano que não conhecia de perto. Histórias de violências, abandonos, frustrações, tristezas, um mix de paixões tristes. No entanto, é um espaço que permitiu fazer amizades potentes que levarei para toda a vida. Enfim, é um local que marca muito a minha história.

No início da minha trajetória profissional, o tema do viver com HIV e a falta de adesão dos usuários ao tratamento proposto tornou-se para mim um grande incômodo, me frustrava. Eu me perguntava: porque tantas pessoas que vivem com HIV não seguem o tratamento estabelecido? Sendo que trata-se de uma política pública, comparativamente com as outras, tão bem consolidada, com uma rede de atenção reconhecida pela resolubilidade comparando com outras linhas de cuidado e que não apresenta falta de medicamentos.

Pouco a pouco, conhecendo e conectando com a história de alguns usuários e usuárias, fui compreendendo o quão complexo é viver com HIV na sociedade alicerçada pela discriminação que nos encontramos e fui resignificando em mim o que estes corpos representam. A somatória de vulnerabilidades, que fazem parte do contexto de vida de muitas dessas pessoas, oferecem como caminho para o cuidado da saúde o distanciamento, o não reconhecimento deste lugar.

Portanto, traçar essas trajetórias em um país que é sobretudo racista, homofóbico e misógino, não é tarefa fácil e projeta para territórios existenciais complexos. É uma luta constante por uma visibilidade e respeito com um olhar cidadão. E se nessa trilha é acrescentado viver com HIV, numa nação na qual há uma ausência ou ineficácia das políticas sociais, diante de um contexto macropolítico neoliberal que produz a exclusão de forma perversa, e tem como consequência o aumento do desemprego e as políticas econômicas que contribuem para ampliar as desigualdades tornando-as em iniquidades, esse cenário transforma as veredas existenciais em cenários ainda mais obstaculizados.

O preconceito e a discriminação que rodeiam o viver com HIV, inclusive gera empecilhos para utilização de tecnologias que poderiam auxiliar nesse processo. Uma articulação mais adequada entre atenções primária e especializada, conjuntamente, poderiam prestar um melhor cuidado ao indivíduo preenchendo lacunas de cuidado compartilhado e não apenas encaminhamentos isentos de subjetivação (ABRAHÃO, 2016).

E é nesse contexto de solo árido, que percebo o quão importante é o nosso fazer diário quanto trabalhadores de saúde, não somente de forma solitária, mas como equipe interprofissional. Escutar, acolher, afetar, dar e receber afeto. Orientar, empoderar, auxiliar, conectar e compreender que ali não é o fim, mas um novo início. Que as tecnologias de saúde estão à mão para utilizarmos da melhor maneira possível, mas o cuidado não se limita só a isso. É o que norteia nossos dias.

HIV, para elas/eles, são três letras tantas vezes difíceis de serem escutadas até que consigam verbalizar, eu “tenho” HIV e até chegar a maturidade em perceber que convivem com o HIV, ou seja, o vírus faz parte das suas vidas, mas não as definem nem as limitam. Para nós, por outro lado, o mais dolorido muitas vezes não é lidar com o diagnóstico de HIV e sim com todas as histórias de estupro, fome, miséria e não acesso à saúde e informação. “Eu não usava preservativo porque confiava nela/nele”. Desconhecem as mais diversas formas de profilaxia que poderiam evitar a infecção. A PEP (profilaxia pós-exposição), PreP (profilaxia pré-exposição), estratégias de redução de danos dentre tantas outras estratégias de prevenção combinada. A famosa mandala da prevenção tem circulado por onde? Apenas privilégio de gays, brancos, de alta escolaridade? Até que ponto a epidemia de HIV funciona de forma velada como política genocida para quem o Ministério da Saúde denomina de populações chaves (pessoas trans, trabalhadoras/trabalhadores do sexo, usuários de drogas injetáveis, gays e homens que fazem

sexo com homens) que veem os índices de prevalência serem de 3 vezes maior que a população geral ou até mais? (BRASIL, 2018a).

Nestes encontros, falas extremamente fortes nos abalam, retiram as bases sólidas do chão, arrancam pequenas lágrimas e sangram o coração. Para onde estamos indo como humanidade? Tudo isso perpassa o cuidado das pessoas com HIV e talvez por isso a equipe busque tanto apoiar uns aos outros num trabalho colaborativo diário. Esses encontros produzem diversos agenciamentos micropolíticos que acionam o desejo de cuidar e acolher como força propulsora de transformação e deformação em nós e no outro (SOUZA, 2019).

Por meio dessas experiências, que compreendi um pouco melhor porque há tanto abandono do cuidado e do tratamento. Porque o abandono vem bem antes do diagnóstico e do tratamento. Abandono familiar, abandono estatal, abandono das políticas de assistência social, abandono das redes de apoio, políticas de vida de abandono. Percebe-se portanto que, pode ser por isso que muitas vezes o cuidado das pessoas com HIV por parte dos trabalhadores beiram o cuidado maternal/fraternal. O quanto pudermos pegar na mão, se fazer presente, ser local e ponto de apoio é preciso fazê-lo. Assim, e só assim, fará sentido se propor a ocupar esse espaço. E para além de desejar a adesão ao tratamento é necessário se colocar na perspectiva de conectar de forma imanente ao projeto do outro se desvencilhando de possibilidades de estigmas ou produções identitárias universais que passam a representar as existências e apostas terapêuticas (SEIXAS et al, 2019).

Então, para o desenvolvimento deste estudo, foi escolhido como caminho a ser trilhado metodologicamente a corrente filosófica da cartografia, que segundo Rolnik (2011), “cartografar é mergulhar na geografia dos afetos”. O mergulho no plano existencial de todos os atores envolvidos nesse cuidado e a tradução dessas relações subjetivas se torna, portanto, imperativo. As afecções geradas a partir desses encontros precisam ser reveladas.

A minha imundação e dos colegas que laboram nesse cenário e contexto da pesquisa não poderiam ser apagadas pela frieza e muitas vezes a proposição do distanciamento entre o pesquisador, campo e participantes do estudo de outras metodologias. Porque é essa imundação que transforma, como profissional, como trabalhador, como cuidador e como pessoa. E são essas afetações que nós autores queremos provocar em você, leitor.

Que cada trecho de entrevista, cada discussão, cada reflexão possa tocar você, cidadão, e te gere atravessamentos em direção a busca diária por igualdade de direitos e justiça social. Que te traga

certeza de que ninguém é melhor que ninguém e portanto uma pessoa que vive com HIV tem direito a plena felicidade, assim como qualquer pessoa. Que toque você, trabalhador, e perceba que o cuidado artesanal, interprofissional e colaborativo com atenção aos afetos produzidos no trabalho vivo em ato são tão ou mais importantes que as tecnologias leves-duras e duras na produção do cuidado e que o cuidado industrial, seriado, sem atenção às singularidades de cada indivíduo é contraproducente e contribui para o afastamento do cuidar.

São nessas dobras, ressignificações e produção de modos de existência que se conectam com esta pesquisadora, se produz e sofre interferência que impactam na escrita e no fazer diário enquanto trabalhadora, mestrande e cidadã do mundo. O processo formativo, a escolha da profissão e o viver na profissão neste espaço de cuidado, em especial com estas pessoas, possibilitam multiplicidades que serão expressas, na continuidade deste estudo.

2 APRESENTAÇÃO DA TEMÁTICA

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) foi descoberto em 1981, cujo feito se apresenta para a humanidade como algo extraordinário no que tange a possibilidade de conhecimento do agente etiológico e posteriormente os mecanismos patológicos e possibilidades de controle de uma doença até então desconhecida. Ela se apresentava como preditora do Sarcoma de Kaposi, pneumocistose e comprometimento no sistema imune principalmente de homossexuais do sexo masculino. A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) configura fenômeno universal, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do modo de existência em que a população se constitui individual e coletivamente (BRITO; CASTILHO; SZWARC WALD, 2000).

Assim sendo, a AIDS se configura como uma pandemia com períodos epidêmicos, na qual mais de 34,7 milhões de pessoas foram a óbito por doenças relacionadas a esta condição de saúde desde o princípio da epidemia. Em 2020 foram 690 mil mortes, e em todo o mundo 1,5 milhões de novas infecções. Além disso, é importante destacar que cerca de 6 milhões de pessoas vivem sem o diagnóstico da infecção (UNAIDS, 2020).

Em consequência desta realidade, a infecção pelo HIV tem modificado o perfil de faixa etária atingida ao longo dos últimos 10 anos. Tem ocorrido um rejuvenescimento, visto que em 2011 a faixa etária mais atingida foi de 35 a 39 anos e em 2021, de 25 a 29 anos. A maioria são homens. Quanto à cor da pele, também houve uma mudança de perfil ao longo dos anos. De 2011 para 2021 houve uma queda de 12,3 pontos percentuais na proporção de casos entre pessoas brancas. Já entre as pessoas negras, houve um aumento de 13,4 pontos percentuais na proporção de casos entre pessoas pardas e de 1,3 entre os pretos (BRASIL, 2021).

Diante desse contexto, a AIDS se produz como um problema de saúde pública relevante, e tem se caracterizado com fatores que são atrelados às afecções edificadas durante todo processo de adoecimento, desde diagnóstico ao tratamento, as quais são preponderantes para a concepção dos processos de subjetivação desencadeados pela enfermidade. Desta forma, a singularidade que

permeia os modos de existência das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) e que acessam os serviços de saúde, precisa ser considerada para que a produção do cuidado se desenvolva considerando cada especificidade (FRANCO; HUBNER, 2019).

Destarte, para além dos processos comuns que envolvem a atenção à saúde, a produção do cuidado perpassa pela construção de vínculos trabalhador-usuário e estes possuem uma importância única nesta experiência. O projeto terapêutico das PVHA exige o acesso a diversas tecnologias dos tipos: leves-duras e duras, no entanto, não há como pensar o cuidado sem garantir a potência das tecnologias leves (relacionais), que são essenciais para a continuidade do cuidado. Assim, confiança, atenção e afeto são poderosas ferramentas de cuidado associadas a outros instrumentos específicos de intervenção das diferentes profissões, saberes e campos de conhecimento. Ou seja, o estímulo à utilização das tecnologias leves, em consonância com as demais, pode promover processos dialógicos potentes com aqueles a quem se pretende cuidar e permitem uma maior experimentação de saúde, e em consequência a produção de felicidade (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; FRANCO; HUBNER, 2019; ROOSLI; PALMA; ORTOLAN; 2020).

Além dos vínculos construídos entre sujeito e trabalhador, a interação dos trabalhadores durante a construção do cuidado interprofissional e colaborativo, que deve ser centrado no usuário, cria espaços potentes que deslocam para um horizonte mais amplo capaz de provocar mudanças/reflexões no modelo de atenção à saúde com impacto direto na qualidade do cuidado (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

Portanto, faz-se necessário entender a complexidade que envolve o cuidado de PVHA e nela está a continuidade da terapêutica com o antirretroviral (TARV), pela sua importância e eficácia, mas ao mesmo tempo oferece uma temporalidade longitudinal que exige um desejo pujante da pessoa atendida. Esta realidade que demanda diferentes saberes interligados a uma rede rizomática e exige deformações das concepções daqueles que trabalham e em especial, o usuário, indica uma possibilidade de múltiplos olhares para as questões vivenciadas.

Sendo assim, diante das complexidades dos indivíduos, faz-se necessário a oferta de um cuidado integral, entendido como aquele que atende as múltiplas dimensões do ser humano considerando todos os aspectos biopsicossociais e espirituais transcendendo as necessidades aparentes. O exercício do cuidado integral requer uma escuta qualificada que viabilize a construção de vínculos e a ação interprofissional colaborativa da equipe (RANGEL et al, 2017; CRIVELARO

et al, 2020).

Devido a esse descontrole, diante ainda do alto índice de novos casos e da alta quantidade de pessoas que ainda desconhecem a sorologia, o Brasil está como signatário da meta 95 95 95 95. A meta trata-se de um acordo firmado com os Estados membros das Nações Unidas que apela que os países ofereçam acesso a prevenção combinada a 95% das pessoas expostas a situações de risco de contrair HIV, que 95% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu estado sorológico, que dessas, 95% estejam em tratamento e dessas, 95% estejam com carga viral indetectável. Com isso, pretende-se até 2030 erradicar a epidemia de AIDS no mundo e um dos caminhos apontados é combater as injustiças sociais a que os mais vulneráveis à infecção estão expostos (UNAIDS, 2021).

A partir da percepção que o quanto os vínculos estabelecidos entre profissional/usuário/família influenciam positivamente na aceitação do diagnóstico e adesão a TARV e o quanto o estigma e preconceito ainda afastam o sujeito do resolver as suas necessidades de saúde, temos como questão norteadora: de que maneira os caminhos, trilhas e afecções interferem no cuidado produzido às PVHA e nas conexões produzidas para a atenção à saúde integral?

2.1 OBJETIVOS

2.1.1 OBJETIVO GERAL

Compreender os percursos do cuidado produzido em Pessoas que vivem com HIV/AIDS que abandonaram a terapia antirretroviral ou tenham dificuldade na continuidade do cuidado a partir das afecções estabelecidas nos itinerários.

2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conhecer os vínculos produzidos entre trabalhador/usuário/família no processo de cuidado;
Descrever os efeitos dos estigmas, preconceitos e discriminações no processo de subjetivação das pessoas que vivem com HIV/AIDS e os efeitos na aceitação do cuidado;
Propor a criação de um grupo de trabalho interprofissional e interserviços da rede municipal para

instituir ações de monitoramento de abandono e ao tratamento e ao seguimento, dedicando mais atenção ao cuidado desses indivíduos.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 HISTÓRIA NATURAL DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Os primeiros relatos da doença foram publicados em 1981, nos Estados Unidos, quando casos de pneumonia por *Pneumocystis jirovecci* e sarcoma de Kaposi em homossexuais masculinos previamente saudáveis foram notificados. Em 1983 foi identificado o HIV que apresenta como mecanismo patogênico a infecção de células do sistema imune que possuem o receptor CD4 em sua superfície: linfócitos T CD4⁺, macrófagos e células dendríticas (RACHID; SCHECHTER, 2008; RAFFANTI; HASS, 2018).

O ciclo da doença perpassa pela fase aguda, soroconversão, latência clínica, fase sintomática e síndrome da imunodeficiência adquirida. A fase aguda se dá entre a infecção e em torno das quatro primeiras semanas em que ainda não há produção de anticorpos anti-HIV. Após a transmissão do vírus, há um período de aproximadamente 10 dias, denominado de fase de eclipse, antes que o DNA viral seja detectado no plasma. Após a infecção de uma pequena população de células, o vírus é disseminado inicialmente para os linfonodos locais e em seguida sistematicamente, além de estabelecer um reservatório viral latente, principalmente em linfócitos T CD4⁺ de memória. Nessa fase, a viremia alcança níveis elevados com pico entre o 21º a 28º dia após a infecção e o indivíduo torna-se altamente infectante. Os principais sintomas na fase aguda incluem febre, adenopatia, faringite, exantema, mialgia e cefaleia (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018c).

Na fase de latência clínica, costuma-se não apresentar sinais e sintomas, exceto a linfadenopatia.

Podem ocorrer alterações nos exames laboratoriais, como plaquetopenia, leucopenia e anemia normocítica e normocrômica e os anticorpos anti-HIV já podem ser detectados. Posteriormente a fase sintomática se apresenta principalmente após uma queda na contagem de linfócitos T CD4⁺ abaixo de 350 células/mm³. Por fim, a síndrome da imunodeficiência adquirida é definida quando há aparecimento de infecções oportunistas como pneumocistose, neurotoxoplasmose, tuberculose pulmonar atípica ou disseminada, meningite criptocócica, micobacterioses e retinite por citomegalovírus e/ou neoplasias como sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin e câncer de colo de útero em mulheres jovens, podendo também ocorrer dano direto a órgãos alvo do HIV provocando miocardiopatia, neuropatia e nefropatia (BRASIL, 2018c).

O diagnóstico de infecção pelo HIV pode ser realizado através de amostras de sangue total, plasma, soro, sangue fresco em papel filtro ou fluido oral. Os testes de triagem recomendados atualmente compreendem os imunoenaios de 3º e 4º geração. O imunoensaio de 3º geração permite a detecção de anticorpos tanto do tipo IgM quanto IgG e apresenta uma janela diagnóstica de 22 a 25 dias enquanto que o imunoensaio de 4º geração detecta simultaneamente o antígeno p24 e os anticorpos específicos anti-HIV e apresenta uma janela diagnóstica de 15 dias (BRASIL, 2018b).

Já os testes confirmatórios compreendem os testes moleculares e Western Blot, Imunoblot ou Imunoblot rápido. Em casos de infecções agudas e/ou recente, é recomendável utilizar um teste de 4º geração como triagem e um teste molecular como teste confirmatório. No entanto, nos indivíduos denominados controladores de elite, ou seja, indivíduos que mantêm uma viremia baixa em um nível que pode ser indetectável pelos métodos atuais, o mais adequado seria o emprego de um teste de 3º ou 4º geração como triagem e o teste confirmatório mais adequado seria Western Blot, Imunoblot ou imunoblot rápido, os quais são testes que detectam a presença das principais proteínas constituintes do HIV (BRASIL, 2018b).

Nos últimos tempos também foram desenvolvidos os testes rápidos, que são imunoenaios simples que podem ser realizados em até 30 minutos. Através deles, atualmente o diagnóstico de HIV pode ser realizado em ambiente laboratorial ou não, permitindo o aceleração do acesso ao cuidado dessas pessoas. A recomendação é que deve-se realizar dois testes rápidos sequenciais de fabricantes diferentes, caso os dois forem positivos, a pessoa é diagnosticada com o HIV. Nos casos de teste diagnóstico em amostras candidatas à doação sanguínea, um método mais seguro deve ser utilizado: o teste de amplificação de ácidos nucleicos (NAT), já que o HIV pode ser

encontrado como DNA pró-viral em células infectadas ou como RNA no sangue. O acompanhamento laboratorial do curso da doença e efetividade do tratamento é realizado através do doseamento da carga viral através da técnica de PCR (reação em cadeia de polimerase) e contagem de linfócitos T CD4+ e T CD8+ através da técnica de citometria de fluxo (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2018c).

Assim, o tratamento do HIV/ AIDS atualmente é recomendado para qualquer pessoa que esteja infectada com o vírus, independente dos níveis de linfócitos T CD4+. Essa recomendação se justifica tanto pelos claros benefícios de redução de morbimortalidade de PVHA quanto pelo fato do tratamento das pessoas infectadas fazer parte das estratégias de prevenção, visto que pessoas com carga viral indetectável não transmitem o vírus. As classes de antirretrovirais atualmente disponíveis são os inibidores de transcriptase reversa nucleosídeos ou nucleotídeo (ITRNt), inibidores de transcriptase reversa não-nucleosídeos (ITRNN), inibidores de protease (IP), inibidores de integrase (INI), inibidores de fusão e antagonistas de co-receptor de quimiocina C-C tipo 5 (CCR5) (BRASIL, 2018c).

Vale ressaltar que o tratamento farmacológico deve ser composto por uma terapia combinada podendo ser composta inicialmente por dois medicamentos da classe ITRN/ ITRNNt associados a um medicamento da classe ITRNN, IP ou INI. No Brasil para os casos de início de tratamento atualmente o esquema preferencial deve ser a associação dos ITRN/ITRNt- lamivudina (3TC) e tenofovir (TDF)- associados ao inibidor de integrase (INI)- dolutegravir (DTG). Com o advento da era HAART (highly active antiretroviral therapy) houve uma melhora no prognóstico de PVHA trazendo uma importante qualidade de vida para esses indivíduos (BRASIL, 2018c).

Importantes avanços ocorreram ao longo desses 40 anos de trajetória da AIDS no Brasil. Diferentes marcos na política pública ocorreram. Dois pesquisadores e suas respectivas equipes são destaque na descoberta do vírus etiológico da AIDS, o HIV. O médico e pesquisador Robert Charles Gallo, do National Cancer Institute, nos Estados Unidos da América, e o médico e pesquisador Luc Montagnier, do Instituto Pasteur, em Paris, na França. Entre a década de 1980 e 1996 ocorreu importante progresso quanto ao tratamento antirretroviral. O tratamento inicialmente monoterápico foi substituído pela terapia combinada conferindo essencial efetividade contra o vírus (FERNANDES; BRUNS, 2021).

A saúde do ponto de vista biológico que o tratamento antirretroviral permitiu, ampliou perspectivas na melhoria da saúde integral dessas pessoas. O medo anterior da morte biológica

deu lugar à amplas possibilidades de modos de viver a vida. No entanto, o medo da morte social ainda é uma realidade que precisa ser considerada e para isso é necessário entender os processos de subjetivação a que esses indivíduos estão submetidos no contexto das sociedades em que estão inseridos (MACIEL *et al.*, 2019).

3.2 EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

No Brasil, em 2021, foram diagnosticados 40.880 novos casos de HIV e 36,4 mil casos de AIDS em média, evidenciando uma taxa de detecção de 16,5/100.000 habitantes. Desde o ano de 2012, houve uma diminuição na taxa de detecção da doença no Brasil, que passou de 21,4/100.000 habitantes (2012) para 16,5/100.000 habitantes em 2021, configurando um decréscimo de 26,5%. A redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “test and treat”, estratégia de recomendação de tratamento para todas as pessoas diagnosticadas, implementada em dezembro de 2013, que tem como intuito prevenir a disseminação do vírus. Também em 2021, foram registrados no Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) um total de 11.238 óbitos por causa básica AIDS, com uma taxa de mortalidade padronizada de 4,2/100.000 habitantes. A taxa de mortalidade padronizada sofreu decréscimo de 26,4% entre 2014 e 2021 (BRASIL, 2022).

A transmissão vertical, ou seja, a transmissão do vírus da mãe para o(a) filho (a) no momento da gestação, parto ou amamentação, ainda ocorre no país, apesar do decréscimo da incidência, no entanto países como Cuba já apresentam um período sem ocorrência de casos. Em 2021, 8.323 gestantes foram diagnosticadas com HIV, configurando uma taxa de detecção de 3,0/ mil nascidos vivos e nesse mesmo ano a taxa de transmissão vertical foi de 1,2 casos/ 100 mil habitantes. (BRASIL, 2022).

A distribuição do HIV em 2021 no Brasil se dá com predominância da prevalência na região Sudeste (20,7%), seguida da região Nordeste (20,7%), Sul (19,4%), e Norte (9,9%) e Centro-Oeste (7,7%) . Já do ponto de vista das capitais, a que apresenta maiores taxas de detecção são as cidades de Porto Alegre, Boa Vista e Rio de Janeiro. A razão do sexo foi de 25 homens para cada 10 mulheres e a escolaridade mais predominante foi ensino médio completo (34,7%) seguido de ensino superior completo ou incompleto (24%). No entanto observa-se um elevado percentual

com escolaridade ignorada (25,2%) o que compromete uma melhor análise dessa variável (BRASIL,2022).

De 2007 a junho de 2020 a faixa etária mais atingida pelo HIV no Brasil foi de 20 a 34 anos (52,7% dos casos) e em 2021 a faixa etária mais atingida foi de 20 a 29 anos, ou seja, numa população que não viveu o início da epidemia nos anos 80-90 em que se tratava de uma doença aguda que ainda não tinha tratamento e possuía uma taxa de mortalidade bem maior que dos anos atuais. E que portanto já nasceu num contexto em que a infecção pelo HIV se tornou uma condição crônica (SILVA; LEITE, 2017; BRASIL,2020; BRASIL, 2022).

Com relação a raça/cor declarada, 59,8% se autodeclaravam negros (pretos 12,1% e pardos 47,7%) e entre homens, 42,9% foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual. Essa população mais atingida e mais vulnerável biologicamente e socialmente traz uma historicidade da origem do HIV na população humana e a potencialização de discriminação de uma população que antes mesmo do advento do HIV já era discriminada (SILVA; LEITE, 2017; BRASIL, 2022).

3.3 VULNERABILIDADES, ESTIGMA E PRECONCEITO

No início da epidemia por HIV, por volta do início dos anos 1980, articulações discursivas biomédicas e midiáticas atribuíam a responsabilidade da epidemia aos homossexuais, estrangeiros, imigrantes e turistas, especialmente africanos e haitianos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Isso potencializou a estigmatização sobre determinadas populações, particularmente a população negra e LGBTQIA+ e sua consequente resposta comportamental, a discriminação. O início da epidemia foi amplamente divulgado pela mídia como “Câncer Gay” nos Estados Unidos e “Peste Gay” no Brasil devido a maior incidência nessa população (TERTO JÚNIOR, 2002; PARKER, 2013).

A estigmatização dessas minorias, à luz da biopolítica discutida por Foucault na década de 70 e mais atualmente pela necropolítica discutida por Mbembe (2018), evidencia as estratégias de controle sobre os corpos, da vida, da morte, quem deve viver, quem deve morrer por meio das teias de articulação dos micro poderes fortalecidos pelo neoliberalismo que agenciam políticas de exceção. A desumanização do colonizado, hoje estigmatizado, é normalizada e a partir disso todas as atitudes de extermínio, de controle e eliminação das subjetividades fazem parte de um

movimento de aceitação e silenciamento (FOUCAULT, 1979; MBEMBE, 2018; PARKER, 2019; COSTA; QUEIROZ, 2021).

Apesar dos avanços do ponto de vista biomédico de controle da epidemia, em que as pessoas em tratamento com carga viral indetectável não transmitem a doença, ao contrário do que era esperado, não diminuiu o estigma relacionado à AIDS. Isso porque a interseccionalidade de diversos estigmas se cruzam e interagem, principalmente com o estigma da sexualidade não-normativa, da desigualdade racial e da pobreza. Portanto, há uma construção social que o jovem gay, negro, favelado é a cara da epidemia e a ele, diante destas características, com o avanço do conservadorismo, não há foco de políticas públicas de saúde (PARKER, 2019).

A resistência à discussão sobre identidade de gênero, reconhecimento social das profissionais do sexo, homossexualidade, direitos humanos, enfrentamento das desigualdades de gênero, dentre outras discussões sociais que permeiam o combate à AIDS interfere na assunção de que todas essas vidas são dignas de serem vividas e que devem ser construídas baseadas em projetos de felicidade. Esse processo evidencia um recuo da capacidade das políticas públicas nesses enfrentamentos, o que, outrora, na emergência da AIDS no Brasil, foi marcado pelo esforço em pensar as conexões entre saúde, doença e sociedade de outro modo. Portanto, a atual conjuntura aponta para uma contínua tensão entre o fazer viver (através da ampliação de acesso a exames e medicamentos) e o deixar morrer (devido a situações de reforço de estigma e preconceito à essa população) em que ações de solidariedade precisam ser fortalecidas ao que foi denominado terceira epidemia da AIDS, a epidemia da discriminação contra PVHA (SEFFNER; PARKER, 2016).

Deste modo, o diagnóstico de HIV representa muito mais do que uma doença que se não tratada pode ser fatal, representa um cenário de possibilidade de estigmatização e reestruturação da identidade. Esse olhar do outro que determina quais são os padrões de “normalidade” e enquadra os indivíduos em desviantes desse padrão gera culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização identitária, além do que se denomina morte social ou civil. Esta trata-se do sentimento de abreviação da vida e de diminuição do espaço de vida e exercício da cidadania. Além do medo da morte, têm medo de viver. De viver as consequências sociais da AIDS (GUIMARÃES; FERRAZ, 2002). O “anúncio da morte social” produz uma mudança em suas percepções, retratada de forma poética por Daniel e Parker (2018, p.54).

Estou tendo, nos meus dias de vida, nestes meus dias da vida, nestes meus dias em vida

quando descobri que a vida é uma descoberta da fragilidade, na vida destes meus dias onde a morte passou a ser uma presença que nada tem de pornográfica ou obscena... estou tendo a vida que os dias põem e de que posso dispor, ou estou tendo os dias que a vida põe e de que disponho - com uma gula que nada tem de incerteza - mas tem certamente de indigida, como uma fome que já deveria ter nascido há milênios, se eu soubesse já há milênios, os milenares prazeres de cada segundo que a intensidade da hora da vida põe e predispõe em cena.

Deste modo, encarar a AIDS como apenas uma epidemia da saúde pode ser um equívoco, pois diante desse contexto, se torna também uma dura epidemia da palavra e dos modos de agir, das práticas discursivas que contribuem para moldar uma cultura que invariavelmente pode ser prejudicial para uma sociedade que busca humanizar os processos de saúde-doença relacionados ao HIV(SILVA; LEITE, 2017).

Além disso, esse processo de estigmatização da população negra em relação a surtos epidêmicos reforça o quanto a área da saúde sofre influências do racismo estrutural e o quanto os estigmas fazem parte da estrutura de poder. Esses fatores contribuem para atravessamentos, agenciamentos e potencialização de eixos de opressão. Por esse motivo, a correlação entre raças e gêneros dominados e doenças sexualmente transmissíveis tende a ser um mecanismo eficaz de genocídio (SANTOS, 2016).

Os pressupostos de Foucault ao trazer o conceito de biopoder, ou seja, o poder sobre os corpos/vidas das pessoas, embasa o que ocorre na relação entre raça, gênero e saúde, em que o corpo da mulher, em especial a negra, por exemplo, se torna objeto de múltiplas opressões. A biopolítica, a qual estabelece uma relação de poder sob coletivos e grupos, é um caminho adotado para a estigmatização desses seres viventes (LÓPEZ, 2011).

Conectado a isso, as concepções colonialistas europeias e o imperialismo dos Estados Unidos permitem “deixar morrer” (necropolítica) os segmentos de população que não entram nos parâmetros que podem contribuir para o desenvolvimento econômico e da ideia de modernização elitizada, justificando essa naturalização da dominação da vida e da morte desse público alvo. Além disso, a violência física e simbólica baseadas na hipererotização dessas mulheres culminam, ademais de outras implicações, na disseminação do HIV nessas pessoas (LÓPEZ, 2011).

Assim, diante dessa perspectiva, referir-se a saúde para essas pessoas não é falar somente de doenças e sim experiências políticas que são vivenciadas por meio do corpo. Bem como falar sobre cura não é falar somente de tratamentos, mas também de empoderamento. É igualmente

fundamental desvelar as políticas de exceção existentes que delimitam acesso conforme raça/cor, classe e gênero elegendo-os ou excluindo-os de cuidados em saúde (LÓPEZ, 2011).

Desta maneira, Parker (2019) revela que há um desperdício em relação à experiência de 20 anos de combate à AIDS do início da epidemia. Houve um aumento de casos entre as populações estigmatizadas devido ao foco exclusivamente biomédico no modelo testar-tratar em detrimento de abordagens com base na solidariedade e nos direitos humanos com campanhas de combate ao estigma e campanhas feitas para os grupos mais afetados (jovens, gays e transexuais). Ou seja, não tem sido feita prevenção combinada, conforme preconizado pelo próprio Ministério da Saúde. A prevenção comportamental e estrutural tem perdido espaço diante do fortalecimento desproporcional da prevenção biomédica (PARKER, 2019).

No entanto, apesar desse cenário desfavorável, é possível aflorar uma potência de geração de processos de desconstrução das desigualdades transformando a resposta brasileira permeada atualmente pela falsa moral e conservadorismo em possibilidades de transformação das instituições na promoção de igualdade racial, de gênero, de sexualidade e no aprofundamento da democracia. Além disso, considerar o estigma e a discriminação como determinantes sociais em saúde e suas consequências para os agravos em saúde no que tange o enfrentamento ao HIV/AIDS torna-se importante estratégia epistemológica (SILVA; LEITE, 2017).

Por isso, o enfrentamento desse problema de saúde perpassa pelo clamor da garantia à vida e seus modos de produção, bem como a visibilização desses viventes como pessoas, seres produtores de desejos e potências de viver que demandam cuidado em todos os seus aspectos humanos. E que a luta pelos direitos humanos e pela justiça social precisam estar na centralidade das lutas pela saúde coletiva (FRANCO; MERHY, 2013; PARKER, 2013).

3.4 BARREIRAS DE ACESSO E SEUS IMPACTOS NOS CAMINHOS DO CUIDADO

A compreensão das barreiras de acesso são essenciais para entender os itinerários terapêuticos e produção do cuidado. Vale ressaltar que o conceito de acesso à saúde é complexo e multidimensional, visto que não se restringe exclusivamente ao uso, mas à liberdade em acessá-lo em tempo oportuno e a capacidade de atender às necessidades singulares de cada cidadão (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014).

Estas barreiras podem ser de natureza geográfica que se expressam no desafio do deslocamento; organizacionais/funcionais, relacionadas à oferta de serviço e processos de trabalho; estruturais, ou seja, envolvidas com o acesso arquitetônico aos serviços de saúde comprometendo a acessibilidade a pessoas com deficiência; econômicas, que se conectam com custos/despesas relacionados diretamente com as necessidades de saúde; comunicacionais, elemento fundamental existente que avalia as informações e publicização presentes ou não de fluxos terapêuticos e caminhos na rede; relacionais, que se revelam por meio da produção dos encontros entre trabalhador/usuário proporcionando múltiplos afetos e afecções durante a construção de trilhas e/ou itinerários terapêuticos que podem ser agravadas pelas questões raciais e de identidade de gênero (SANTOS *et al.*, 2021; CASTRO *et al.*, 2021).

As barreiras de natureza geográfica por vezes envolve não só a distância entre o usuário e o serviço, mas toda logística desse deslocamento, podendo ser necessário acionamento de outras pessoas para acompanhamento do usuário, bem como a busca de serviços de saúde em outra cidade devido ao medo da discriminação, principalmente se o indivíduo é morador de cidades menores que compõem o interior do Brasil. Uma outra questão quanto a essa barreira é o acesso a outras especialidades médicas e demais profissionais de saúde fundamentais para a garantia do cuidado integral. Por vezes é necessário o comparecimento em diversos serviços de saúde e por mais de uma vez para ter acesso à marcação e consultas evidenciando a fragilidade quanto à articulação da rede (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2021; SOUZA *et al.*, 2020).

Quanto às barreiras organizacionais podem estar relacionadas a práticas excessivamente burocráticas que tornam o fluxo de acesso sem a resposta necessária àquela necessidade; assim como a informações insuficientes entre os serviços e dentro do próprio serviço; a indisponibilidade de vaga; ao número insuficiente de profissionais, o qual evidencia um desequilíbrio entre demanda e oferta; os encaminhamentos desnecessários da Atenção Primária à Saúde (APS) para atenção especializada buscando suprir lacunas que deveriam ter resolubilidade na APS e desarticulação entre elas; a insegurança dos profissionais e ausência de qualificação para o cuidado, cenário presente em instituições que não valorizam a implementação da educação permanente em saúde como política institucional, que fica muitas vezes apenas a cargo do trabalhador se desenvolver nas competências necessárias para o cuidado de determinado público de pessoas (CASTRO *et al.*, 2021).

No que concerne às barreiras de acesso de natureza econômica, estas revelam as iniquidades que

ainda existem, bem como as desigualdades regionais em relação ao país, consequência de uma construção baseada no colonialismo e em 350 anos de escravidão da população negra. Esse fator pode expor pessoas em condições de inserção social, econômica, cultural menos favorecidas a consequências negativas no processo de cuidado à saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2019; SOUZA; SOUZA, 2020; SANTOS *et al.*, 2021).

Quanto às barreiras relacionais, o momento da revelação diagnóstica por exemplo é crucial para o fortalecimento do vínculo trabalhador-usuário. O espaço da comunicação do diagnóstico pode ser transformado em espaço de escuta dos medos, angústias, fornecendo-lhe o suporte necessário. O não favorecimento desse espaço de escuta e acolhimento pode tornar-se uma barreira importante para a aceitação do diagnóstico e tratamento. A negação do problema de saúde e o estigma, ou seja, preocupação com o julgamento do grupo social a respeito da busca pelo cuidado também demonstraram ser importantes barreiras de acesso ao cuidado (MASSIGNANI; RABUSKE; BACKES; CREPALDI, 2014; OLIVEIRA *et al.*, 2019).

As barreiras de acesso decorrentes da discriminação demonstram a vulnerabilidade da vida de qualquer outro que há uma relação de poder e dominação a partir de uma visão de autonomia individual ou soberania irrestrita. O não-reconhecimento da precariedade da vida de todos dá lugar ao desenvolvimento da violência, e conseqüentemente a ausência do cuidado ou quando ocorre, de uma forma ineficaz (SEFFNER; PARKER, 2016).

Nesse contexto, tanto o racismo estrutural e o preconceito quanto à identidade de gênero e orientação sexual evidenciam-se como importantes barreiras de acesso. Estereótipos étnico-raciais, falta de respeito à herança cultural ou opção de pertencimento cultural dão lugar à “naturalização” de tudo que é inadequado. O mesmo ocorre com a população LGBTQIA+. A (re) descoberta da identidade de gênero, não necessariamente ligada ao sexo biológico, pode se delinear num difícil caminho de afirmação diante de uma sociedade historicamente heteronormativa. Todos esses fatores alicerçam preconceitos que de forma interseccional discriminam PVHA, negros, gays, de religiões de matriz africana, bem como grupos pertencentes a minorias identitárias. Portanto, a produção do cuidado a todas as pessoas deve ser no sentido de construção de pontes culturalmente responsivas ao cuidado de saúde. A implementação das Políticas Nacionais de saúde integral da população negra e LGBT tem se demonstrado serem importantes estratégias de combate ao preconceito e discriminação dessas populações (BRASIL, 2019; BRASIL, 2011; CRF, 2021).

Diante dessas barreiras, o itinerário, portanto, torna-se não linear, não seguindo as formalizações determinadas pelo Ministério da Saúde, podendo ser construído por redes informais desencadeadas a partir das necessidades do sujeito e suas relações. Os privilégios não institucionais podem se aflorar nesse contexto, dando lugar a arbitrariedades de priorização de acesso sem ter a equidade como guia desse processo (SOUZA *et al.*, 2020; SANTOS *et al.*, 2021; SANTOS *et al.*, 2022).

Quanto ao impacto dessas barreiras nas diferentes populações, as análises apontam para perdas proporcionalmente maiores entre mulheres na cascata do cuidado. Assim, o acesso ao diagnóstico entre elas é maior, mas a vinculação e retenção nos serviços, a retenção em terapia e a supressão viral são menores em relação aos homens (BRASIL, 2018c).

Além disso, pessoas com idade jovem, cor da pele não branca, profissionais do sexo, privados de liberdade, identidade transgênero, analfabetos, residência rural, uso de álcool/ drogas injetáveis, falta de seguro de saúde, relação insatisfatória com profissionais dos serviços de saúde, dificuldade de transporte e saúde psicológica prejudicada também tendem a ter uma dificuldade de continuidade do cuidado para o TARV, conseqüentemente, prejudica de forma consubstancial a produção integral do cuidado (NACHEGA *et al.*, 2015; CORLESS, 2017; JOE, 2019).

Portanto, a consequência da imposição dessas diversas barreiras é a não efetivação do cuidado integral. A mesma pode ser superada com a formação adequada na prática interprofissional e colaborativa e correto dimensionamento de trabalhadores para prestar servir naquela determinada linha de cuidado, facilitando o acesso, reduzindo encaminhamentos desnecessários e demandas reprimidas.

Ademais, estimular o efetivo trabalho em rede através da articulação entre os trabalhadores dos diferentes níveis de atenção e otimização do apoio matricial por meio de especialistas consultores. Melhorar o acesso à informação e publicização de fluxos assistenciais e estimular o fortalecimento de uso de tecnologias leves relacionais e fortalecimento dos vínculos trabalhador-usuário e usuário-família-comunidade permitindo um alavancar da produção de cuidado. Tais estratégias permitem o estímulo da autonomia para o autocuidado, valorizando os encontros ocorridos e afetos e afecções desencadeadas no cotidiano como processo micropolítico para a qualificação deste e redução das iniquidades sociais (CASTRO *et al.*, 2021).

Diante do exposto, é preciso considerar a perspectiva de valorização do cuidado abrangendo a vida e os modos de viver de cada indivíduo, criando ambiente de confiança e empatia com mais

fluidez nas relações que possibilitem a visibilização de uma dimensão subjetiva no cuidar (CASTRO *et al.*, 2021).

3.5 UM OLHAR SUBJETIVO DO CUIDAR

O modelo de atenção à saúde hegemônico atual, ou seja, o modelo biomédico de base biologicista, reducionista, flexneriano, com foco na doença, baseado em procedimentos pautados no binômio queixa-conduta que desconsideram os aspectos sociais como determinantes e condicionantes da saúde apresenta-se hoje um modelo insuficiente para promover o cuidado integral das pessoas (FRANCO; GALAVOTE, 2010).

Dessa forma, o olhar anátomo-fisiológico descrito por Foucault (1963) reflete a impotência de utilização unicamente dessa perspectiva no processo do cuidar. As práticas em saúde se constituíram de forma que o saber científico e a explicação biológica se colocaram hegemonicamente como explicação única para os sofrimentos humanos, constituídos a partir de determinados lugares de poder, retirando totalmente das pessoas a possibilidade de cuidar de sua própria saúde. O cuidado não se faz apenas sobre a disfunção ou lesão dos órgãos, ele deve contemplar toda a existência de uma pessoa, por se tratar de um ser complexo, que, além do seu problema de saúde mais objetivamente identificado, traz sua história de vida, suas expectativas, desejos, relações de afeto, familiares e sociais, produzidas em determinado meio (FRANCO; HUBNER, 2019).

Diante de tal, Franco e Hubner (2019) propõem a clínica dos afetos como uma prática que venha de forma imanente com o que é considerado convencional. Reconhecem o afeto como produtor de potência capaz de estimular o autocuidado, compreendendo o corpo afetivo como aquele capaz de interferir no curso natural da doença. O processo terapêutico requer, portanto, que essas duas dimensões sejam contempladas para o cuidado em saúde. É através da clínica dos afetos que o trabalho vivo se destaca e diante do processo de intersubjetividade promove a desterritorialização dos modos de existência, consolidando em ato relações entre trabalhador e usuário permitindo uma diversidade de possibilidades na condução do projeto terapêutico.

Deste modo, a elaboração desse projeto terapêutico exige a consideração da história de vida dos usuários, seus itinerários, desejos e expectativas não permitindo portanto uma condução

prescritiva do seu cuidado à saúde. Essa participação do sujeito na produção do cuidado é, portanto, pleno exercício de cidadania em busca de sua autonomia. Por vezes o sujeito que demanda o cuidado necessita apenas exercer uma autonomia nesse território afetivo, sem necessidade de intervenções e execução de procedimentos (SILVA *et al.*, 2015; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; FRANCO; HUBNER, 2019).

Consequentemente, a construção de um projeto terapêutico efetivo também tem como condição o estabelecimento do vínculo, conceito-ferramenta importante para a reorganização dos processos de trabalho das equipes. O vínculo permite um reconhecimento mútuo e busca relações simétricas, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, além de ter por si só um potencial terapêutico. Além disso, permite um deslocamento de concepções do trabalhador que deseja tratar de um ser obediente que aceita viver conforme sua vontade e os conceitos moralistas do que é certo para viver, substituindo o desejo, por exemplo, de adesão do usuário ao tratamento à adesão da equipe ao projeto do outro (SEIXAS *et al.*, 2019).

Ou seja, tecnologias leves relacionais são extremamente efetivas para a vinculação dos indivíduos nos serviços de saúde e consequentemente uma prestação integral do cuidado. No entanto, diferentes percepções de quem vive com o diagnóstico de HIV/AIDS podem explicar as dificuldades de vinculação nos serviços e adesão ao tratamento. Os principais aspectos relatados foram que a revelação diagnóstica se trata de um momento doloroso devido ao estigma relacionado a uma sentença de morte; medo de adoecer, da morte física e social; discriminação; que a falta de informação contribui para o impacto sofrido no momento da revelação do diagnóstico e adesão ao tratamento; dificuldades ao envolver-se afetivamente com outras pessoas devido ao medo de expor o diagnóstico ao parceiro e ter consequências como o abandono e a quebra do sigilo para terceiros e dificuldades físicas para se manterem ativos no ambiente de trabalho (MACIEL *et al.*, 2019).

Para tanto, a produção subjetiva do cuidado se torna um modelo promissor para a minimização das dificuldades de vinculação e cuidado em saúde. A utilização de tecnologias como escuta, diálogo, acolhimento e aconselhamento mostram-se potentes e importantes para os processos de subjetivação desenvolvidos singularmente por cada indivíduo diante do diagnóstico e do processo de cuidado, bem como uma atuação de equipes interprofissionais com caráter colaborativo articulada nos diferentes níveis de atenção promove relações potentes para a produção desse cuidado (SILVA *et al.*, 2021).

Nesse cenário, o olhar subjetivo e a utilização das tecnologias leves como estratégias fundamentais para o cuidado criam potência para o enfrentamento de normatividades impostas pela sociedade que podem implicar no comprometimento da saúde social e psicológica dos indivíduos. Para isso, a construção de espaços coletivos e qualificação dos trabalhadores para o enfrentamento de tais agenciamentos é fundamental (SEIXAS *et al.*, 2019; CASTRO *et al.*, 2021).

Destarte, o deslocamento percorrido pelo indivíduo através do seu itinerário terapêutico faz com que a distância e a demora interfiram diretamente na busca ao serviço de saúde, assim como na adesão à terapêutica especializada, reduzindo a precocidade do diagnóstico e as possibilidades de tratamento (AQUINO *et al.*, 2018). De acordo com Otani *et al* (2018), apreender a realidade com sensibilidade para identificar os sentimentos e as vivências do outro, é um requisito essencial no processo do cuidar e tem como consequência a solidariedade. Para isso, é importante o desenvolvimento da empatia, desde o período de formação, para que o profissional possa compreender a condição psíquica e social do vivente que necessita de cuidado, além da construção de espaços de educação permanente que estimulem uma (de) formação de trabalhadores de saúde capazes de olhar o cuidado de forma subjetiva, integral e singular (SANTOS *et al*, 2021).

3.6 RUPTURA BIOGRÁFICA

A ruptura biográfica tem sido uma perspectiva adotada para os estudos sociológicos dos processos de adoecimento no caso de diagnóstico de doenças crônicas, como é classificado hoje a infecção por HIV. Originalmente Bury (1982) formulou essa concepção baseada no diagnóstico de mulheres de classe média com artrite reumatóide que tiveram esse diagnóstico em idade inesperada, afetando seu modo de interpretar, de ser e agir diante das dificuldades conduzindo a uma “reconstrução narrativa” biográfica (CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018).

Os problemas de saúde de um modo geral exigem uma reorganização de como a pessoa lida com sua rotina, rede social, laboral e familiar além de mudanças no autocuidado o que pode gerar processos de sofrimento psíquico. Para alguns indivíduos, o diagnóstico de HIV não muda sua perspectiva de vida, seus desejos e expectativas quanto ao futuro, mas para outros há uma

importante interdição de projetos de vida e fechar portas de antemão de sonhos e planos, gerando uma reconfiguração identitária. Principalmente quando são pessoas que já vivem situações econômicas e sociais desfavoráveis somando-se assim instabilidades em diversos âmbitos de sua vida (AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2017; CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018; SOUZA, 2018; OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020).

Alguns desafios da nova realidade envolvem a tomada de medicamentos diariamente, as visitas regulares ao serviço de saúde e a revelação diagnóstica, fator em que quando não conseguem compartilhar o diagnóstico com familiares, o problema de saúde pode tornar-se um fardo. O contexto laboral no que se refere ao desconhecimento do empregador com consequente possível estigma e preconceito nesse ambiente, pode gerar uma instabilidade quanto a sua perspectiva de permanência, apesar da lei 12.984/2014 assegurar a impossibilidade de demissão apenas por esse motivo. Diante desses fatores, o enfrentamento da nova realidade gera processos de subjetivação e significação profundos que podem levar pessoas a pensarem no suicídio (BRASIL, 2014; AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2017; CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018; OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020).

Em grupos específicos, como mães e pais que vivem com HIV com filhos com HIV decorrente de transmissão vertical podem encontrar uma linha de continuidade entre sua própria experiência de adoecimento e cuidado e a situação vivida pelo filho. O medo de expor a própria intimidade e serem culpabilizados pode ocorrer, interferindo no processo de revelação diagnóstica para o filho, deixam por conseguinte esse momento para os profissionais de saúde (AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2017; CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018).

Portanto, tal como um ser social é possível perceber o quanto o reconhecimento do indivíduo com HIV perpassa pela sua relação consigo próprio e com a sociedade. O quanto a sociabilidade, apoio mútuo e amparo estatal permitem a reescrita da vida a partir das sensações de não controle sobre a ordem, sentido e coerência da vida, reconquistando modos de produção de vidas existenciais potentes (MELO; CORTEZ; SANTOS, 2020).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório que se utilizou da entrevista semiestruturada e do diário de campo como meio de produção dos dados para análise do que se relata. A abordagem qualitativa compreende um conjunto de diferentes técnicas interpretativas, que visam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tem por objetivo, traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social; trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação. É pedir emprestado o olhar do outro para o seu olhar. Trata-se também de tomar sujeitos e modos de vida como espaço de análise e interlocução (ROLNIK, 2011, LIMA; MERHY, 2016).

Como filosofia buscamos uma aproximação à Cartografia, não no plano geográfico, mas sim no território existencial, pois entender a vida como um processo de construção exige do pesquisador que esteja atento ao movimento, para isso o mesmo deve estar apto a perceber os efeitos no próprio percurso da investigação. Acredita-se no encontro como potencializador na produção de afetos e afecções que devem ser imersos e percebidos na pesquisa. Portanto parte-se da prerrogativa que há possibilidade de produção de conhecimento na relação com os outros e seus modos de vida e que este só é possível em ato, em acontecimento e no encontro (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; ROLNIK, 2011, LIMA; MERHY, 2016).

O pesquisador que utiliza a cartografia, abordagem criada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (2011) deve expropriar dos conceitos pré-estabelecidos, e se aproximar de conceitos/ferramentas intercessores como a ciência nômade, os saberes rizomáticos e arborescentes. E em todos os momentos estar conectado de forma imanente com a pesquisa, acreditando na singularidade e multiplicidade da vida e considerando esta a produção e expressão de subjetividades. Todas as entradas são interessantes e devem ser exploradas, as quais se produzem através de uma ligação com o território existencial das pessoas. Desta forma, possibilita que, em todo o processo ocorra subjetivações. Há uma busca, portanto, dos aspectos micropolíticos das relações, trazendo lugares na qual a existência fura os muros institucionais, onde tudo que acontece fora dos ambientes formais importa e é constitutivo do processo. (LIMA; MERHY, 2016; MERHY et al., 2016).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais denominada Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE. A escolha deste local de estudo se deve pela minha aproximação enquanto farmacêutica do serviço e afetação com o local, visto que foi espaço da minha primeira experiência profissional e que atuo até os dias atuais. A unidade está localizada no Distrito Sanitário da Liberdade, cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia. O SEMAE foi instituído no ano de 2005, oferta serviços das especialidades de infectologia, infectopediatria, hepatologia, ginecologia, nutrição, assistência farmacêutica, psicologia, serviço social, enfermagem, odontologia e atualmente acompanha mais de 3.200 pessoas que necessitam do serviço.

A rede estadual de atenção à saúde da pessoa que vive com HIV é estruturada através de serviços de atenção terciária como o Instituto Couto Maia e com serviços de atenção secundária como o Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa (CEDAP). A rede no Estado se capilariza nos interiores através de Serviços de Atenção Especializada (SAEs) localizados em cidades que realizam a cobertura de macrorregiões como Barreiras e Vitória da Conquista, cidades da região metropolitana de Salvador como Camaçari e Lauro de Freitas totalizando 38 municípios dentre os 417 municípios do território baiano a possuem SAEs.

O SEMAE faz parte juntamente com outros dois SAEs da rede municipal de Salvador de atenção à pessoa que vive com HIV. Os outros dois serviços da rede se denominam SAE Marymar Novais e SAE São Francisco. Existe também na rede uma Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM) localizada no Comércio que é denominada UDM Comércio. Nessa unidade apenas são dispensados medicamentos antirretrovirais, antituberculostáticos, outros destinados a tratamento de infecções oportunistas, para tratamento sintomático e para hepatites virais. Entre a população de Salvador-BA que está estimada em 2.900.319 pessoas, este distrito tem aproximadamente 193.580 habitantes (IBGE, 2021; SALVADOR, 2022).

Os pontos de atenção na Liberdade, de responsabilidade Municipal, são de Atenção Primária, da rede de atenção Psicossocial e de Atenção Especializada, no qual podemos citar: Unidade de Saúde da Família (USF) Santa Mônica, USF San Martin I, USF San Martin II, USF San Martin III, UBS Maria Conceição Santiago Imbassahy, Multicentro Liberdade, Centro de Atenção

Psicossocial (CAPS) Infantil e Adolescente, CAPS Adulto e SEMAE.

O perfil epidemiológico de indivíduos que foram cadastrados em 2015 nesse serviço se mostrou com predomínio do sexo masculino (61,6%), faixa etária de 20 a 39 anos (37,6%), negros (93,5%), solteiros, separados ou viúvos (50,4%) e heterossexuais (60,0%). Quanto ao acesso ao serviço, 48,4% acessaram tardiamente, dado que evidencia a necessidade de investigação quanto às barreiras de acesso impostas às PVHA no município de Salvador-BA e seus respectivos itinerários (BARBOSA *et al.*, 2019).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os participantes do estudo foram pessoas acompanhadas no serviço selecionadas a partir de entrevistas individuais com profissionais da unidade no intuito de apontarem casos considerados complexos, ou seja, que demandavam uma atenção maior que a habitual por parte da equipe. Além disso, usuários que produziam afecções de uma maneira mais contundente na pesquisadora principal também foram selecionados. Inicialmente foram realizadas doze entrevistas e a partir dessas, aquelas entrevistas que provocavam mais reflexões sobre a produção do cuidado, seus atravessamentos e compreensão da rede de atenção foram selecionadas para se tornarem usuários-guia (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016).

Os encontros com os dois usuários-guia selecionados acontecem desde 2019 e 2012, respectivamente, nas ocasiões dos atendimentos realizados no SEMAE. Portanto, as afecções, o afeto e o vínculo vinha sendo construído antes mesmo do desenvolvimento da pesquisa. Assim, diante das doze entrevistas realizadas, como essas foram as que produziram mais potentes ressonâncias e reflexões sobre os diversos elementos da vida cotidiana e seus atravessamentos na produção do cuidado, justificou a escolha deles para guiar esta pesquisa.

Os usuários cadastrados no SEMAE foram convidados a participar deste estudo e foram incluídos aqueles acompanhados pelo serviço médico de Infectologia, com diagnóstico de HIV, adultos de ambos os sexos sem restrição de identidade de gênero ou orientação sexual, que apresentaram histórico de dificuldade de manutenção do tratamento ou abandono de TARV, visto que os caminhos e trilhas dessa população tendem a ser mais tortuosos. Foram excluídos do estudo aqueles que tiverem comorbidades que não estejam relacionadas ao HIV/AIDS ou associados a

efeitos adversos da terapia antirretroviral.

O bairro da Liberdade tem uma forte influência de matriz africana sendo um representante típico das tradições desta cultura. Suas ruas e vielas são uma verdadeira história viva. Tendo em vista que os usuários são também redes vivas de si próprios, que provocam tessituras a serem construídas na rede de atenção à saúde e a fim de manter a confidencialidade dos usuários foram escolhidos nomes de ruas ou bairros do distrito sanitário Liberdade para nominar os usuários. Concomitantemente pretende-se retratar a potência que cada logradouro da Liberdade pode conotar para cada um dos usuários-guia, fazendo alusão às experiências vividas tanto individuais quanto pela vinculação deles com os trabalhadores do SEMAE, os nomes das duas ruas/localidade selecionadas foram: Curuzu e Avenida Peixe.

A avenida Peixe é uma das avenidas que mais bem retratam a vulnerabilidade que uma parte da população do bairro da Liberdade está submetida. A violência e o tráfico de drogas habitam esse território descortinando as mais diversas precariedades de formas de vida. No entanto, do solo mais árido é possível crescer rizomas que resistem e insistem em gerar beleza para a vida. Assim é a história do usuário denominado Peixe. Sua história traz muita dor, multiviolenças familiares e sociais, por algumas vezes sentiu que sua vida não merecia ser vivida tentando assim o suicídio, mas ao longo das tessituras e encontros da vida, renasceu, realizou sua identidade e percebeu que apesar de tudo que viveu, merecia permitir sua felicidade. Abaixo uma foto retratando a Avenida Peixe.

Figura 1- Avenida Peixe



Fonte: Bnews, 2017

Já o bairro do Curuzu exala alegria, festejo, identidade, cultura, e também traz uma superação diante das mazelas da sociedade. A origem do bairro tem forte ligação com a cultura afro-brasileira onde existem dezenas de terreiros de Candomblé originada pelos antigos escravizados, tendo como símbolo a Senzala do Barro Preto onde acontecem os ensaios do Ilê Ayiê, todas essas características são retratadas no usuário guia denominado como Curuzu. Apesar do diagnóstico tardio de AIDS, de todo sofrimento inicial que passou antes e ao descobrir a doença, busca em hobbies e nas relações interpessoais a alegria de viver.

Abaixo imagem dessa localidade

Figura 2- Senzala do Barro Preto, sede do Ylê Aiyê, Curuzu.



Fonte: Correio, 2020.

4.4 TÉCNICAS DE PRODUÇÃO DE DADOS E PROCEDIMENTOS

O processo da pesquisa qualitativa não admite visões isoladas, ela se desenvolve em interação dinâmica, retroalimentando-se e reformulando-se constantemente. Para dar conta da produção dos dados na perspectiva filosófica da cartografia, foi utilizada a ferramenta denominada de usuário-guia para evidenciar as experiências, ou o não revelado da vivência singular dessas pessoas, os seus processos de subjetivação relacionados com o adoecimento pudessem ser expropriados. Além de dar voz a nova vida que esse contexto produz e a maneira que a vinculação com o outro impacta na sua produção de cuidado, assentindo analisar as potentes redes vivas criadas nos encontros. Essa concepção também permite o deslocamento do usuário da posição de objeto de pesquisa para sua centralidade quanto produtor do conhecimento (MOEBUS et al., 2016).

A ferramenta do usuário-guia também viabiliza a afirmação da multiplicidade de várias narrativas fragmentadas e, simultaneamente de desmontagem quanto a uma narrativa hegemônica. Na transversalização entre os casos, permite transbordar outros modos, outras formas de ver e fazer falar do caso, para além deste, tentando apreendê-la em sua dimensão de criatividade processual, vazando as subjetivações que operam na construção das redes e territórios do cuidado. Permite

uma ruptura de repetição dando lugar a uma afirmação da diferença para a construção de sentidos com o outro durante a produção do cuidado (ABRAHÃO et al., 2016).

Há, portanto, uma inversão no caminho de estudo. Deixamos nos guiar pelas trajetórias, pelos caminhos dos indivíduos nas produções de si, trazendo o usuário para a centralidade na micropolítica dos encontros que compõem a sua existência, e ir identificando os lugares de territorialização e expressividade nos distintos campos de práticas que vão se instituindo nesse caminhar. Parte-se da capacidade que o usuário como guia pode nos levar pelo seu nomadismo, fazendo-nos perceber os vários planos de conexões que se operam e se produzem. Para os trabalhadores/pesquisadores, nos abrimos às nossas próprias narratividades despertadas pelas afecções que o campo de estudo agencia em nós. Portanto, não são os trabalhadores/pesquisadores que tomam o usuário pela mão para a condução do estudo e sim o usuário que nos guia (MERHY et al., 2016).

Uma das estratégias escolhidas para a edificação desta pesquisa foi a entrevista semiestruturada para apreensão dos dados a serem coletados. Esta ferramenta, segundo Minayo (2012), visa apreender o ponto de vista dos sujeitos, na qual a mesma facilita a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação, o que deixa o pesquisador e o participante do estudo livres para discorrer sobre o tema proposto (MERHY *et al.*, 2014).

Para ampliar o olhar durante o processo de construção acrescentou o diário de campo com a finalidade de recolher as cenas e afetos trazendo uma narrativa do pesquisador “in-mundado” nos significados do seu território existencial e suas afetabilidades decorrentes dos encontros produzidos durante a pesquisa (ABRAHÃO et al., 2016; PESSANHA, 2022).

Para seleção dos participantes que colaboraram nas entrevistas, profissionais foram entrevistados individualmente a fim de pontuarem usuários com histórico de abandono ao tratamento que lhe geraram afetações, que foram de difícil vinculação, de difícil resolução ou exigiram esforço da equipe fora do habitual, assim como refleti quais usuários que também me causaram afetações.

Para iniciar a pesquisa, era exposto o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), ressaltando a garantia do anonimato e livre escolha de sair da pesquisa a qualquer momento. Para garantir o anonimato, o nome dos usuários foram substituídos por nomes de ruas ou bairros do Distrito Sanitário da Liberdade, local onde o estudo foi desenvolvido e fazendo uma alusão aos caminhos do cuidado retratados nas entrevistas. Durante as entrevistas foi utilizado um gravador de celular Iphone X como forma de garantir a fidedignidade dos

depoimentos, todavia, foi apenas utilizado com a devida autorização do participante. Para realização da entrevista semiestruturada, a mesma possui um roteiro em que se divide em quatro tópicos e que cada tópico tem alguns subtópicos.

O primeiro tópico trata-se dos dados acerca da identificação do participante e características sociodemográficas, com os subtópicos idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação, renda, moradia/proveniência, composição e história familiar. O segundo versa sobre a produção do diagnóstico e do cuidado com os subtópicos tempo de diagnóstico e tratamento, impacto na vida social, HIV versus sexualidade, sentido/significados da enfermidade para sua vida e rede de apoio. O terceiro traz sobre os itinerários terapêuticos com os subtópicos primeiro local de busca, autocuidado e cuidados familiares, acolhimento, vínculo e relações com os profissionais de saúde, tecnologias leves, leves-duras e duras, significação/ressignificação dos caminhos de cuidados e o último sobre barreiras, dificuldades e enfrentamentos no processo do adoecimento com os subtópicos geográficas, organizacionais, econômicas e culturais, relações de poder e saúde como direito universal.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

Após a realização das entrevistas individuais com os profissionais e reflexão daqueles usuários que também me causaram afetações, foram selecionados os participantes para as entrevistas, as quais foram transcritas de forma fidedigna para posterior análise, assim como o diário de campo produzido durante todo o processo da pesquisa. A perspectiva filosófica da Cartografia foi utilizada como base para a análise dos dados. As entrevistas foram transcritas, e por conseguinte era realizada uma leitura flutuante e exaustiva. Esse estudo permitiu perceber que necessita-se compreender os caminhos percorridos por essa população e as afecções geradas por esses encontros para que, através dessa compreensão, seja possível evidenciar os processos de subjetivação singulares de cada sujeito e de que forma suas concepções de saúde podem influenciar a continuidade do cuidado ou no abandono do tratamento.

A partir da aproximação dos dados produzidos nas entrevistas e com a interferência do diário de campo, emergiram dois analisadores cartográficos: **vínculo como potência** e o **cuidado e/ou**

abandono? uma dobra nas existências, que serão discutidos no artigo produzido que está na sessão posterior de resultados e discussão desta dissertação.

Para Baremlitt (1996) um analisador é um instrumento que funciona para dar voz e visibilidade ao objeto de estudo e inclui os relatos e escritos sobre as redes formais e redes vivas, bem como os modos como se dão as cenas, rituais e o cuidado em si. Pode ser considerado com algo que, ao ser problematizado, gera novas questões e novas problematizações, facilitando o processo de colocarmos a realidade que estamos pesquisando em análise (RODRIGUES; LEITÃO; BARROS, 2002).

Por fim, no momento da análise final, se articulou os dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e as afetações produzidas, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (SOUZA, 2019).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os usuários foram convidados a participar da pesquisa após algum dos atendimentos com os profissionais do serviço, mediante identificação que o usuário é elegível para a pesquisa. Após a explicação detalhada sobre o estudo, o usuário que não aceitou participar foi esclarecido que a negativa não interfere de nenhuma maneira em seu acompanhamento no serviço. As entrevistas foram realizadas de forma individual com cada usuário(a), de maneira que fosse minimizado o risco de quebra de confidencialidade pela detecção/diagnóstico de afecções.

Este estudo apresentou riscos mínimos aos sujeitos. Foi garantida a proteção da privacidade e confidencialidade das informações. Para minimizar os riscos, foi garantido o cuidado, a escuta, o respeito à autonomia e o devido sigilo dos dados. Devido ao risco de causar desconforto ou ansiedade durante a entrevista, os pesquisadores buscaram evitá-los, buscando locais calmos e reservados para conversar com os entrevistados, e avaliou se os mesmos apresentam algum sinal de nervosismo, ansiedade ou desconforto em responder.

Se mesmo assim, ocorresse desconforto do participante, a coleta seria interrompida. Além disso, identificando-se situações que necessitassem de apoio psicossocial, o(a) usuário(a) seria encaminhado para atendimento com o serviço de psicologia e assistência social do SEMAE.

Foram seguidas as recomendações sanitárias vigentes de utilização de máscara, distanciamento

de no mínimo 150 cm entre as pessoas e foi ofertado álcool 70%, bem como foi estimulada a higienização frequente das mãos durante as entrevistas devido ao momento pandêmico vivenciado.

Como benefícios, a pesquisa apresenta a possibilidade de se debater sobre um tema relevante, e assim colaborar na produção de melhorias no cenário da saúde, principalmente no que concerne sobre o processo de trabalho e a resolutividade do cuidado que poderá contribuir para uma melhor atenção à saúde desta população. Além disso, incentiva compreender os itinerários percorridos pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS e as afecções geradas por esse processo, pelo diagnóstico e seu cuidado com a saúde.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob número do parecer 5.297.614.e CAAE 54898221.4.0000.0057, o qual respeitou as normas brasileiras de pesquisa com seres humanos, previstas na resolução 466/2012 e as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais previstas na resolução 510/2016.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Artigo: **MULTIPLICIDADES E SINGULARIDADES NO CAMINHAR DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

RESUMO

O estudo tem como objetivo analisar os caminhos do cuidado frente aos processos singulares e múltiplos de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Para tal, desenvolveu-se como um estudo qualitativo que teve a Cartografia como norteador filosófico metodológico, e foi realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada em uma capital do Nordeste do Brasil. Os participantes do estudo foram pessoas acompanhadas no serviço que demandavam uma atenção maior que a habitual por parte da equipe. Assim, a partir de doze entrevistas realizadas foram selecionados dois usuários-guia, ou seja, aqueles que provocaram mais reflexões/inflexões

sobre a produção do cuidado, as quais atravessavam e possibilitavam um olhar sobre a rede e ao cuidado. Os usuários guia foram denominados Curuzu e Peixe, localidades do bairro da Liberdade. A partir da análise das entrevistas emergiram dois analisadores: Vínculo (profissional e familiar) como potência: um chamado de Curuzu e Cuidado e/ou abandono? Uma dobra nas existências de Peixe. A análise das entrevistas permitiu evidenciar que o vínculo usuário-trabalhador potencializa a aceitação do cuidado e o abandono social e familiar impactam negativamente nessa aceitação. O estudo permitiu dar voz a quem deve ser a centralidade do cuidado e todas suas percepções sobre sua vida, saúde e o cuidado ofertado, guiando assim as lacunas a serem preenchidas na oferta integral do cuidado e a desterritorialização de trabalhadores e usuários para encontros cuidadores para ambos.

Palavras chave: HIV, Atenção centrada no paciente. Continuidade da Assistência ao paciente.

MULTIPLICITIES AND SINGULARITIES IN THE PATH OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

ABSTRACT

This study aimed to analyze the paths of care for the unique and diverse processes experienced by people living with HIV/AIDS. To achieve this, a qualitative study was conducted with Cartography as the guiding philosophical methodology in a municipal reference unit for specialized care in the capital city of a Northeastern state in Brazil. Participants were individuals requiring more attention than usual from the healthcare team. After twelve interviews, two guide-users were selected, i.e., those who provoked the most thoughts/ shifts on care delivery, expanding the view of the healthcare network and the care itself. The guide users were named Curuzu and Peixe, which are locations within the Liberdade neighborhood. Two analyzers emerged from the interviews: “bond” (professional and family) as a strength, called Curuzu, and “care and/or abandonment?” as a turning point in the existence of Peixe. The analysis of the interviews showed that the bond between user and worker enhances the acceptance of care, while social and family abandonment negatively impacts such acceptance. The study gave voice to those who should be at the center of care and all their perceptions about their life, health, and offered care, thus guiding the gaps to be filled in the comprehensive offer of care and the

deterritorialization of workers and users for caring encounters for both.

Keywords: HIV, Patient-Centered Care, Continuity of Patient care.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) se configura como uma pandemia com períodos epidêmicos, na qual mais de 34,7 milhões de pessoas foram a óbito por doenças relacionadas a esta condição de saúde desde o princípio da epidemia. Essa síndrome se caracteriza por ser um fenômeno universal, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do modo de existência em que a população se constitui individual e coletivamente (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000, UNAIDS, 2020).

Diante desse contexto, a AIDS se produz como um problema de saúde pública relevante, e tem se caracterizado por fatores que são atrelados às afecções edificadas durante todo processo de adoecimento, desde diagnóstico ao tratamento, as quais são preponderantes para a concepção dos processos de subjetivação desencadeados pela enfermidade. Desta forma, as singularidades e multiplicidades que permeiam os modos de existência das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) e que acessam os serviços de saúde, precisa ser considerada para que a produção do cuidado se desenvolva considerando cada especificidade (FRANCO; HUBNER, 2019).

Os problemas de saúde de um modo geral exigem uma reorganização de como a pessoa lida com sua rotina, rede social, laboral e familiar além de mudanças no autocuidado, o que pode gerar processos de sofrimento psíquico. Para alguns indivíduos, o diagnóstico de HIV não muda sua perspectiva de vida, seus desejos e expectativas quanto ao futuro, mas para outros há uma importante interdição de projetos de vida e fechar portas de antemão de sonhos e planos, gerando uma reconfiguração identitária. Principalmente quando são pessoas que já vivem situações econômicas e sociais desfavoráveis somando-se assim instabilidades em diversos âmbitos de sua vida (AGOSTINI; MAKSUD; FRANCO, 2017; CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018; SOUZA, 2018; OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020).

Para tanto, a produção subjetiva do cuidado se torna um modelo promissor para a minimização das dificuldades de vinculação e cuidado em saúde. A utilização de tecnologias como escuta, diálogo, acolhimento e aconselhamento mostram-se potentes e importantes para os processos de

subjetivação desenvolvidos singularmente por cada indivíduo diante do diagnóstico e do processo de cuidado. A aposta do encontro na produção de intersubjetividades, bem como uma atuação de equipes interprofissionais com caráter colaborativo articulada nos diferentes níveis de atenção promove relações potentes para a produção desse cuidado. Deste modo, a elaboração dos projetos terapêuticos exige a consideração da história de vida dos usuários, seus itinerários, desejos e expectativas, não permitindo portanto uma condução prescritiva do seu cuidado à saúde (SILVA *et al.*, 2015; AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016; FRANCO; HUBNER, 2019; SILVA *et al.*, 2021).

O diagnóstico de HIV representa muito mais do que uma doença que se não tratada pode ser fatal, representa um cenário de possibilidade de estigmatização e reestruturação da identidade. Esse olhar do outro que determina quais são os padrões de “normalidade” e enquadra os indivíduos em desviantes desse padrão gera culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização identitária, além do que se denomina morte social ou civil. Esta trata-se do sentimento de abreviação da vida e de diminuição do espaço de vida e exercício da cidadania. Além do medo da morte, têm medo de viver. De viver as consequências sociais da AIDS (GUIMARÃES; FERRAZ, 2002).

Portanto, os caminhos de cuidado adotados pelos usuários podem ser singulares e múltiplos. É necessário reconhecer as dimensões sociais, antropológicas, biológicas e psicológicas das PVHA de acordo com seu contexto de vida como um processo imbricado ao processo de cuidado interconectado no serviço de saúde. A multiplicidade de vivências, sejam elas concordantes ou não com a normatividade imposta precisa ser valorizada e necessita estar contextualizada aos processos de saúde ofertados (BELTRÃO, 2019).

Diante do exposto, o presente estudo tem o objetivo de analisar os caminhos do cuidado frente aos processos singulares e múltiplos que vivem as PVHA.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo exploratório que se utilizou da entrevista semiestruturada e do diário de campo como meio de produção dos dados para análise do que se relata. Como filosofia buscamos uma aproximação à Cartografia, não no plano geográfico, mas sim no território existencial, pois entender a vida como um processo de construção exige do pesquisador que

esteja atento ao movimento, para isso o mesmo deve estar apto a perceber os efeitos no próprio percurso da investigação. Acredita-se no encontro como potencializador na produção de afetos e afecções que devem ser imersos e percebidos na pesquisa (PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA, 2009; ROLNIK, 2011, LIMA; MERHY, 2016).

O pesquisador que utiliza a cartografia, abordagem criada por Gilles Deleuze e Félix Guattari (2011) deve expropriar dos conceitos pré-estabelecidos. Se apropriar de conceitos/ferramentas intercessores como a ciência nômade, os saberes rizomáticos e arborescentes e em todos os momentos se envolver na pesquisa, acreditando na singularidade e multiplicidade da vida. Todas as entradas são interessantes e devem ser exploradas, as quais se produzem através de uma ligação com o território existencial das pessoas. Desta forma, possibilita que, em todo o processo ocorra subjetivações. Há uma busca, portanto, dos aspectos micropolíticos das relações, trazendo lugares na qual a existência fura os muros institucionais, onde tudo que acontece fora dos ambientes formais importa e é constitutivo do processo. (LIMA; MERHY, 2016; MERHY et al., 2016).

O estudo foi realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais em uma capital do Nordeste do Brasil. Os participantes do estudo foram pessoas acompanhadas no serviço selecionadas a partir de conversas do cotidiano com trabalhadores da unidade no intuito de apontarem casos considerados complexos, ou seja, que demandavam uma atenção maior que a habitual por parte da equipe. A ideia inicial era conseguir as indicações em reuniões com a equipe, no entanto, o processo de trabalho não permitiu que esta estratégia pudesse acontecer. Além disso, para além do diálogo com os trabalhadores, houve outro dispositivo utilizado, as afecções. Ou seja, foram convidados usuários que produziam de forma potente afecções na pesquisadora que também atuava no serviço. Como critério de inclusão, foram as pessoas que eram acompanhadas pelo serviço médico de Infectologia, com diagnóstico de HIV, adultos de ambos os sexos sem restrição de identidade de gênero ou orientação sexual, que apresentaram histórico de dificuldade de realizar o tratamento em algum momento, visto que os caminhos e trilhas dessa população tendem a ser mais tortuosos.

Assim, iniciou a pesquisa com a realização de doze entrevistas, determinando o número pela saturação das respostas. No entanto, durante o percurso de construção do estudo, percebeu-se a potencialidade de adoção de uma ferramenta que pudesse evidenciar reflexões/inflexões sobre a

produção do cuidado e atravessamentos que possibilitassem um olhar sobre a rede e ao cuidado (MOEBUS; MERHY; SILVA, 2016; PESSANHA, 2022).

Portanto, a ferramenta denominada de usuário-guia foi utilizada como aporte metodológico com o intuito de evidenciar as experiências, o qual permite revelar as vivências singulares dessas pessoas, além dos seus processos de subjetivação relacionados com o adoecimento. Assim, a voz que ecoa nestes corpos podem ser escutados e a maneira que a vinculação com o outro impacta na sua produção de cuidado, assentindo analisar as potentes redes vivas criadas nos encontros. Essa concepção também permite o deslocamento do usuário da posição de objeto de pesquisa para sua centralidade quanto produtor do conhecimento (MOEBUS et al., 2016).

O serviço de saúde pesquisado fica no bairro da Liberdade (Salvador-Bahia), espaço que tem uma forte ancestralidade com os povos escravizados. Suas ruas e vielas são uma verdadeira história viva, ou seja, são redes vivas de produção de existências. Estes usuários são produtores de suas redes, as quais provocam tessituras a serem construídas na rede de atenção à saúde. Portanto, com o intuito de manter a confidencialidade dos participantes da pesquisa foram escolhidos nomes de uma localidade (Curuzu) e de uma avenida (Avenida Peixe) para a identificação dos usuários durante os resultados.

Durante as entrevistas foi utilizado um gravador de celular Iphone X como forma de garantir a fidedignidade dos depoimentos, todavia, foi apenas utilizado com a devida autorização do participante. Para realização da entrevista semiestruturada, a mesma possui um roteiro em que se divide em quatro tópicos e que cada tópico tem alguns subtópicos.

O primeiro tópico trata-se dos dados acerca da identificação do participante e características sociodemográficas, com os subtópicos idade, escolaridade, situação conjugal, ocupação, renda, moradia/proveniência, composição e história familiar. O segundo versa sobre a produção do diagnóstico e do cuidado com os subtópicos tempo de diagnóstico e tratamento, impacto na vida social, HIV versus sexualidade, sentido/significados da enfermidade para sua vida e rede de apoio. O terceiro traz sobre os itinerários terapêuticos com os subtópicos primeiro local de busca, autocuidado e cuidados familiares, acolhimento, vínculo e relações com os profissionais de saúde, tecnologias leves, leves-duras e duras, significação/ressignificação dos caminhos de cuidados e o último sobre barreiras, dificuldades e enfrentamentos no processo do adoecimento com os subtópicos geográficas, organizacionais, econômicas e culturais, relações de poder e saúde como direito universal.

Após a realização das entrevistas, estas foram transcritas de forma fidedigna para posterior análise, assim como o diário de campo produzido durante todo o processo da pesquisa, e por conseguinte era realizada uma leitura flutuante e exaustiva. A partir dessa prática, emergiram os analisadores que guiaram a sistematização dos achados.

Para Baremlitt (1996) um analisador é um instrumento que funciona para dar voz e visibilidade ao objeto de estudo e inclui os relatos e escritos sobre as redes formais e redes vivas, bem como os modos como se dão as cenas, rituais e o cuidado em si. Por fim, no momento da análise final, se articulou os dados empíricos com os referenciais teóricos da pesquisa e as afetações produzidas, promovendo a relação entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática (SOUZA, 2019).

Para iniciar a pesquisa, era exposto o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob número do parecer 5.297.614.e CAAE 54898221.4.0000.0057, o qual respeitou as normas brasileiras de pesquisa com seres humanos, previstas na resolução 466/2012 e as normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais previstas na resolução 510/2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As conexões e atravessamentos com Peixe e Curuzu produziram intensos fluxos que possibilitaram a construção de dois analisadores. O primeiro a ser apresentado é “vínculo (profissional e familiar) como potência, e, em seguida: Cuidado e/ou abandono? Uma dobra nas existências.

VÍNCULO (PROFISSIONAL E FAMILIAR) COMO POTÊNCIA: UM CHAMADO DE CURUZU

O vínculo é uma das ferramentas de tecnologias leves de grande potência para o cuidado diante da complexidade que esse ato envolve. Temperly, Slomp Júnior e da Silva (2021) trazem que o vínculo estimula a reconstrução de um novo território existencial em trabalhadores e usuários. Tal potência vem do encontro vivenciado e leva a uma desativação de territórios identitários que

antes pareciam blindados e imutáveis configurando relações e desterritorializando para encontros cuidadores para ambos (SEIXAS et al, 2019).

Visto que vínculo é construção de afetividade, tem-se que, de acordo com Spinoza (2015), o encontro entre os seres viventes a partir das afecções produzidas podem estabelecer composição ou decomposição da potência de agir, ou seja, a aumenta ou diminui. Dessa maneira, as afecções que são geradas a partir dos encontros entre usuários e trabalhadores de saúde podem gerar paixões alegres que estimulem o autocuidado e potência de vida e do viver. Embora o vínculo seja inequivocamente importante no campo da saúde, ainda apresenta uma certa invisibilidade, apesar de ser algo a ser considerado como condição fundamental para o funcionamento do serviço em termos de responsabilização e longitudinalidade do cuidado (BARBOSA; BOSI, 2017).

Um dos usuários-guia em que o vínculo com os trabalhadores se demonstrou como uma ferramenta essencial para o cuidado com mais contundência foi Curuzu. Ele é um homem de 42 anos que teve um acesso muito tardio ao diagnóstico da AIDS. Antes do diagnóstico, apresentou diversos quadros pulmonares que eram tratados pontualmente ao se dirigir aos atendimentos de emergência.

Na última visita a uma unidade de emergência, quem atentou para a possibilidade de realização de testagem para HIV foi sua irmã, que é trabalhadora da saúde. Curuzu já apresentava-se com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e diversas infecções oportunistas associadas quando o diagnóstico foi enfim descoberto. Passou por internamento e na transição entre a alta hospitalar e o acompanhamento ambulatorial, apresentava um quadro de molusco contagioso que o incomodava muito principalmente na maneira como as outras pessoas o viam.

Meu encontro com Curuzu foi singular. O acesso às ferramentas de tecnologias do cuidado foram necessários nos primeiros contatos já que se tratava de um usuário complexo com coinfeções não tão comuns e nos colocava diante do enfrentamento dos desafios das limitações do sistema. Necessitava de um medicamento que estava em falta naquele momento e precisávamos buscar uma outra alternativa para tratar seu problema de saúde.

Para atingir a concretude da proposta de integralidade do cuidado, é necessário um equilíbrio do arranjo de acesso às ferramentas de tecnologias leves, leves-duras e duras. As leves-duras e duras têm sua importância, no entanto possuem uma limitação da prática do cuidado como ‘intervenção

sobre um objeto’, o que vincularia o cuidado a uma dimensão puramente tecnicista, desconsiderando a sua dimensão inexoravelmente ética, afetiva e estética (CARMO *et al.*, 2022). Por sua vez, o acesso conjunto às diversas ferramentas promove um cuidar que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas. Portanto as tecnologias leves são primordiais para a materialização da integralidade enquanto dimensão da qualidade do cuidado e para o agenciamento e produção de novos territórios de encontro de potencialização da vida. Por conseguinte, o movimento de produção de conhecimentos ‘junto’ e não ‘para’ as PVHA fortalece a reconstrução e a sustentabilidade dessas práticas de cuidado (MOREIRA; BOSI, 2019; REIS; BAPTISTA, 2020; BEZERRA, 2022).

Curuzu demonstra em sua fala o quanto compreende que acessar as diferentes ferramentas das tecnologias em saúde tanto leves-duras quanto às leves relacionais são importantes para sua vinculação e cuidado,

Na festa dos 15 anos daqui, todo mundo só pensou em mim para fazer uma apresentação. O que seria o SEMAE para minha vida. Eu relatei do pessoal da portaria até o pessoal da limpeza. Quem são os profissionais que, independente de suas funções, são base que me sustentam estar aqui. E outra coisa, eu sei que os medicamentos são fundamentais, eu tomava 21 medicamentos por dia e hoje eu tomo 2. Então eu sabia que o medicamento faz efeito para cuidar da minha saúde. Mas o atendimento, o acolhimento de cada uma daqui é um remédio que eu tenho pra minha alma (Curuzu).

Ele demonstra também em suas falas o quanto o acolhimento e o vínculo trabalhador-usuário foi importante para a aceitação do diagnóstico e continuação do cuidado.

Então eu vou tentar cuidar de mim, então desde ali da recepção, a menina eu não conhecia, mas paciente chegava por aqui, me olhou com naturalidade, era medonho, vou mostrar foto para vocês. Eu não conseguia me olhar daquele jeito, não como o pessoal, como que a pessoa, um ser humano daquele jeito, não vai ter uma reação, um assombro, né? (Curuzu).

Curuzu se surpreendeu quanto ao acolhimento desde o primeiro contato no serviço. Seu mal estar com sua aparência física naquele momento contrariou suas expectativas iniciais de ser discriminado no serviço de saúde devido a isso. O tema do desvencilhamento dos estigmas e preconceitos é algo que por vezes é discutido pela equipe (MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

A qualificação sobre a temática, mesmo que possam ser consideradas insuficientes, ocorre com mais frequência o que permite uma atuação mais humanizada com os usuários e que

consequentemente estes se sintam cada vez mais acolhidos no espaço de saúde. Isso nos faz refletir e infletir sobre a necessidade de reconhecer um agir cotidiano alicerçado em ações que não se constituam de forma discriminatória, o qual é essencial para uma vinculação potente (CARMO *et al.*, 2022).

Importante destacar que, este usuário tinha uma genuína vontade de viver, mesmo diante de uma depressão e de todos os sofrimentos que a AIDS lhe trouxe. Curuzu era alegria, cura e certeza de que tudo ficaria bem e isso contribuiu para a superação das barreiras. Nos assuntos dos nossos encontros, sempre falava do que lhe trazia felicidade e de como a doença interferiu em um dos seus hobbies preferidos. Falava das desilusões amorosas, mas que quando se sentisse preparado, iria se abrir ao amor novamente, ou seja, o quanto o viver e o processo de adoecimento e os encontros foram intensos nos processos de subjetivação (GOMES *et al.*, 2019).

Não sabendo ele que as conversas eram de cura para ele, mas também era para os profissionais que o atendiam. A sensação de satisfação profissional em contribuir para a melhoria do seu estado de saúde e nas palavras dele “aquele lixo ser reciclado” gerava importantes sentimentos recompensadores. Destaca-se portanto a percepção de forma significativa o quanto ter uma equipe qualificada para a continuidade do cuidado, e sobretudo a importância de ter o vínculo, empatia, acolhimento e valorização dos seus aspectos subjetivos intensificando o potencial terapêutico dos encontros em saúde (TEMPERLY *et al.*, 2021).

Deste modo, a construção do vínculo como canal para relações dialógicas tendo como tema diversidades do cotidiano do usuário não centrados na doença permite aguçar a percepção do trabalhador/pesquisador quanto às trajetórias e vivências do usuário, bem como o contexto em que vive. Esses fatores são parte importante para o acesso ao universo e sentimentos dos usuários, posterior interpretação dos dados e conseqüente alcance de profícuas compreensões no campo da saúde, apontando pistas e direções para novas reflexões (SOUZA; FERREIRA, 2019).

Importante observar também que Curuzu percebia a valorização de suas singularidades na produção do seu cuidado ao se denominar como um paciente específico.

Então todos eles aqui, você, B..., vibram com meu progresso, sabe. Aquele profissional que acolhe centenas e milhares de pessoas, mas eu fui um paciente específico (Curuzu).

Os profissionais de saúde do local pesquisado via de regra buscam ter atenção às particularidades de cada usuário, os quais acionam por meio das tecnologias relacionais que são essenciais para a

vinculação do ser vivente e principalmente na aceitação do diagnóstico. Outra ferramenta salutar são as tecnologias leve-duras (conhecimentos e habilidades), primordial para que cada integrante do corpo de trabalhadores atuem para atender a necessidade singular identificada (MERHY *et al.*, 2020).

Contudo, o trabalho interprofissional colaborativo que ali existe busca viabilizar o atendimento integral e resolutivo. Uma das ferramentas muito utilizadas é a comunicação, através do acionamento verbal de um trabalhador para outro, discutindo o caso e encaminhando para o atendimento do profissional que possa colaborar diante daquele conjunto de necessidades apresentadas pelo usuário. No entanto, espaços como as reuniões de equipe que tanto contribuem com esses processos de trabalho precisam ser instauradas e fortalecidas que podem contribuir para a qualificação da atenção à saúde deste serviço (MERHY *et al.*, 2020).

Desta forma, as duas partes se afetam e se modificam configurando uma relação de interseção. Quanto mais os atos em saúde forem afetados pela singularidade do encontro, maior a possibilidade de produção de respostas que façam sentido para as duas partes, mais vivo o trabalho, e com isso podem favorecer um espaço de escuta e reconhecimento do outro. Há, contudo, ao menos, uma terceira força-valor trabalho em equipe, dependente da força-valor cuidado e da força-valor trabalho, que reconhece que todos governam. Essa força tensiona os núcleos de saber de cada profissão, colocando a singularidade das situações vividas pelos usuários no centro da interação para conformar um comum (MERHY *et al.*, 2020).

Portanto, o usuário guia Curuzu nos ilustra o quanto o vínculo potencializa a aceitação diagnóstica e a continuidade do cuidado fazendo com que o usuário sinta suas singularidades valorizadas, sua autonomia respeitada e esperança quanto a normalização e ressignificação da vida. As afecções geradas pelo encontro potencializador de vida permitem o usuário sentir suas potencialidades querendo viver a vida como ela é, repleta de sentidos e significados (GOMES *et al.*, 2019).

CUIDADO E/OU ABANDONO? UMA DOBRA NAS EXISTÊNCIAS DE PEIXE

Desde a concepção do projeto de pesquisa, vinha pensando em quais histórias seriam interessantes de serem conhecidas mais a fundo acerca do caminho dos cuidados dos usuários do

serviço pesquisado. Ademais, foi dialogado com outros profissionais solicitando que encaminhassem para a entrevista aqueles que tinham trilhas complexas no caminhar do cuidado da saúde. Doze entrevistas foram realizadas e a última delas foi a mais impactante no meu ponto de vista.

Era um dos primeiros usuários listados lá naquela época da concepção do estudo, mas por algum motivo sentia que o caminhar dele, até o momento não totalmente revelado, justificaria o quanto é difícil para ele viver com HIV e porque eu adia tanto realizar a entrevista dele. Tardei um mês para iniciar a transcrição dessa entrevista, necessitando vivenciar meus processos de subjetivação diante do que escutei e com tanta riqueza de detalhes, revivenciar com ele todos os atravessamentos que aquele momento da entrevista nos proporcionou.

O vínculo, apesar de potencializador do cuidado, também traz um aspecto de desgaste emocional, principalmente quando a resolubilidade das demandas do usuário ultrapassa as possibilidades de articulação do trabalhador. Esse contato frequente com o sofrimento do usuário ou com as tentativas malsucedidas de solucionar tal sofrimento pode gerar efeitos paralisantes, desgastantes e frustrantes ao trabalhador (TEMPERLY *et al.*, 2021).

Os encontros com Peixe normalmente eram difíceis. A sensação era que sua aceitação ao cuidado e sua vida estava sempre por um fio. Peixe é um homem de 39 anos que apesar da pouca idade, já viveu muitas situações difíceis e das mais diversas. Na sua infância sofreu racismo pela própria família, foi maltratado pelo padrasto, na adolescência foi discriminado devido a sua sexualidade e passou por dois episódios de violência sexual. Havia tentado suicídio por quatro vezes.

O que vivenciei naquele momento, após passar pela experiência, entendi que de alguma maneira eu estava fugindo da dor de conhecer uma vida marcada por violências e abandonos. Durante a entrevista sentia meu coração palpitar mais forte a cada atrocidade que ele relatava ter vivido e apesar de sempre buscar transmitir potência de vida, compreendi o quanto as picadas que ele passou o chamavam para uma potência de morte. Fiquei estarecida, chocada, não conseguia nem chorar. Mas meu coração estava sangrando ao conhecer os diversos sofrimentos que ele relata ter passado (BARBOSA; SOUZA, 2020).

Peixe havia experienciado diversos abandonos: familiares, sociais, etc. O abandono do cuidado era apenas mais uma forma de ser colocado em segundo plano diante de uma vida vivida em suas multivulnerabilidades. O sofrimento do racismo praticado pela própria família foi relatado em uma de suas falas,

No caso, a minha criação na verdade com minha família não foi muito legal. Sabe por que? uma que tem a questão da cor. Como você vê eu sou escurinho. Eu fui criado pela família de minha mãe, entendeu?! que são pessoas loiras eu fui criado o único escurinho no caso. Uma família loira e eu sofria preconceito. A gente talvez enxerga como brincadeira de leve, mas tem brincadeiras que na verdade tem um fundo de maldade, né?! (...) Até mesmo porque meu avô (...) ele é declaradamente contra negro. Inclusive foi um dos motivos que ele não queria jamais que meu pai casasse com minha mãe. Porque meu pai é negro, entendeu?! Aí no caso meu avô era daquele tipo que achava que negro era amaldiçoado. Ele achava que negro era amaldiçoado por uma questão antiga de histórias antigas que ele ouvia. Por exemplo, assim... ele contava que o negro surgiu porque Noé criou o vinho. Aí disse que Noé foi experimentar o vinho, ficou embriagado e o filho dele mais novo começou a rir da cara dele, aí Noé foi e amaldiçoou o filho que escureceu. (risos). Por isso que o povo acha que negro era amaldiçoado. Ele odiava meu pai, odiava mesmo. Chamava de toco de Jurema queimada, de fumo de corda (Peixe).

Peixe desde a infância teve enfrentamentos difíceis e nocivos nas possibilidades e perspectivas da vida social. Local que deveria ser o seio de acolhimento que é a instituição familiar, foi espaço de hostilidade, o qual o fez sofrer racismo pelas tias e o avô que o criou. O racismo é um fator que influencia o desenvolvimento psicossocial do sujeito e sua relação com o sofrimento psíquico é algo real e que precisa ser considerado e atentado pelos serviços de saúde. Identificar comprometimentos da saúde mental e da saúde geral, que possam estar relacionados com esse processo, propicia a simbolização, a elaboração e o consequente cuidado destes focos traumáticos sendo uma importante demanda de saúde para Peixe (BORRET et al., 2020; SILVA, 2021).

Esse sofrimento psíquico se não tratado pode levar a impactantes desfechos, como o suicídio. No ano de 2016, por exemplo, os jovens negros apresentaram um risco de cometer suicídio 45% maior do que jovens brancos e no contexto da AIDS, homens negros morrem duas vezes mais que brancos. Trata-se de associações epidemiológicas alarmantes que trazem consigo um chamamento quanto à urgência de combate diário ao racismo principalmente através de políticas públicas que assegurem as garantias constitucionais previstas para quaisquer cidadãos (BRASIL, 2018d; OLIVEIRA, 2018).

Além do racismo, Peixe foi vítima de homofobia pela própria família, conforme o mesmo cita na fala abaixo,

Aí quando eu tinha 14 anos de idade, me flagraram com um homem. Então assim, minha vida ali acabou. Porque primeiro: interior pequenininho com 30.000 habitantes, então assim, tudo vira uma bomba rápido, entendeu? Eu tinha 14 anos há muitos anos atrás.

Naquela época, aparecer um gay era uma bomba que mobilizava a cidade toda, entendeu, então assim, fui vítima de preconceito em casa mesmo pela minha própria mãe e pelo meu pai. Especialmente pela minha mãe, pela tia e pelo meu pai. Meu pai mesmo, eu nunca esqueço: Ele me disse: “Prefiro te ver esmagado debaixo do meu trator do que você crescer viado”. Aí guardei isso para sempre. Tanto que não falo com ele desde essa frase que ele me disse, entendeu? Isso tem uns 20 e tantos anos já.

Seu pai, que poderia o acolher por compartilhar da mesma cor da pele e todos os atravessamentos que esse fator os aproximava, o discriminou devido a sua orientação sexual. Sua mãe fez o mesmo. Então mais uma vez seu corpo era rejeitado pelo seio familiar. Entende-se homofobia como um processo de tentativa de regulação de sexualidades, o qual a forma de descoberta pela família já provoca um sofrimento inicial, diante de uma sociedade heteronormativa patriarcal que não admite dissidências. E o remate com a hostilidade familiar e todas as violências imbricadas nesse processo diante da revelação dos seus desejos, seus modos de expressão de ser/estar no mundo acarreta em mais fatores adoecedores (CRUZ; OLIVEIRA; ARAÚJO, 2019).

Um estudo realizado por Braga et al. (2018) evidencia que dentre os impactos vivenciados por pessoas da população LGBTQIAP+ que não tem aceitação pela família estão a ideação suicida e suicídio, isolamento social, baixa no desempenho acadêmico, diminuição da autoestima e depressão. Portanto, todo o sofrimento psíquico que Peixe enfrenta pode ser decorrente das diversas violências sofridas ao longo da vida, principalmente advindas da família.

Por fim, ademais das violências verbais e simbólicas vivenciadas por esse usuário, Peixe sofreu duas violências sexuais. Em uma delas, ele relata todo o enredo do que sofreu e seus sentimentos diante do abandono que aquela situação o submeteu,

Foi quando alguém se aproximou, me assaltou, só que assim, além do assalto teve uma coisa a mais. Mas não foi por livre e espontânea vontade, foi com arma na cabeça. Então assim, eu já estava ciente sobre doenças sexualmente transmissíveis. Aí, como eu passei por aquela violência, sem preservativo, aí no caso eu cheguei em casa, cansado aí eu apenas me deitei na cama, lembro como hoje, eu parecia uma estátua, um zumbi. Deitei olhando para o teto porque assim é, calma... porque assim eu tenho vergonha da palavra estupro. (...). Eu cheguei em casa vazio por dentro, entendeu? Parecia que a alma saiu, que o coração secou, a mente ficou totalmente oca por dentro, entendeu? Porque assim eu não sei nem como eu consegui achar o caminho de casa, entendeu. Não olhava para ninguém. Mas cheguei em casa, aí as pessoas perguntaram, o que foi que houve? e eu mudo, calado. Fui para o quarto, fechei a porta. Eu estava estático, deitei ali na cama e fiquei assim olhando para cima ali mesmo eu amanheci no dia seguinte. Aí foi que as coisas vieram para mim, entendeu? tanto que nem trabalhar eu fui. Que corri logo, para, nodia seguinte então ir fazer exame.

Peixe sofreu essa violência em 2007. As estratégias de prevenção combinada ainda eram incipientes, mas a Profilaxia Pós-Exposição de Risco à Infecção pelo HIV já existia para transmissão vertical, acidente ocupacional e violência sexual desde 1999. Peixe relata que no dia seguinte buscou um serviço de saúde. Por que não lhe foi orientada a possibilidade dessa profilaxia? Houve uma importante barreira de acesso no processo do seu atendimento. Diante de seu relato haveria possibilidade de realizar a profilaxia e evitar sua infecção e todos os impactos que viver com HIV trouxeram para sua vida (BRASIL, 2022).

Existem importantes imbricamentos entre a violência sofrida e a produção de sofrimento psíquico causando um processo de autodesvalorização. O medo de sofrer uma nova violência é paralisante limitando o envolvimento e inclusão em diversos ambientes sociais. Isso é potencializado pelo abandono e desvalorização das políticas afirmativas quando se trata de violência contra corpos LGBTQIAP+ (GUSMÃO et al., 2018; SILVA *et al.*, 2021).

Ao fim da entrevista e o convívio nos dias posteriores, ficou evidente que saia de cena a doença como guia, a vulnerabilidade como impotência, para dar lugar à “defesa de uma vida que vale a pena ser vivida” e todas as potencialidades que sua meia idade e uma longa vida pela frente possibilita. O “vírus- profecia”, maldição que espreita homens gays deu lugar ao “vírus-território” dá lugar ao cuidado em saúde, afetos, trocas e experiências de alteridade (RIOS et al., 2021, MELO et al., 2021).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nessa pesquisa, foi possível explorar aspectos relevantes do tema, identificar pontos sensíveis na esfera do cuidado, além de apontar possíveis caminhos para a produção do cuidado para as pessoas que vivem com HIV/AIDS de maneira interprofissional colaborativa. O estudo possibilitou perceber o quanto o vínculo usuário-trabalhador potencializa a aceitação do cuidado e o quanto as dobras do abandono social e familiar impactam negativamente nessa aceitação.

Foi possível expor duas trajetórias de vida com todas suas multiplicidades e atravessamentos que cada trilha apontou e demonstrar que os caminhos adotados são singulares, mas que as ferramentas de tecnologias relacionais de maneira em comum interferiram sobremaneira no delineamento dessa jornada. Permitiu-se dar voz a quem deve ser a centralidade do cuidado e todas suas percepções sobre sua vida, saúde e o cuidado ofertado, guiando assim as lacunas a

serem preenchidas na oferta integral do cuidado e a desterritorialização de trabalhadores e usuários para encontros cuidadores para ambos.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R., MAKSUD, I., FRANCO, T. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.2, p.496-509, 2017.

AGRELI, H., PEDUZZI, M., SILVA, M. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 20, n. 59, 2016.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no Campo da Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 2017.

BARBOSA; T. M. P.; SOUZA, M. C. Produção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS: itinerários e afecções. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.1, n.e12524, 2020.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática.** 3o Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: 1996. 204 p.

BELTRÃO, R. **A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo COAS-CTA do Município de Parnaíba- Piauí.** Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Piauí. Parnaíba, p. 91. 2019.

BEZERRA, E. N. R. . Psychosocial care: expanding care in the construction of an articulated network in mental health. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2022.

BORRET, R. H. et al. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade.** Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2020.

BRAGA, I. F. et al. Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn**, v. 71(suppl 3), 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília. **Observatório de**

Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016. Brasília (DF), 2018c.

BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, Sp, v. 34, No. 2, p.207-217, abr. 2000.

CARMO, R. F. et al. Reconectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, 2022.

CASTELLANOS, M. E. P., BARROS, N.F., COELHO, S.S. Rupturas e continuidades biográficas nas experiências e trajetórias familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.2, p. 357-367, 2018.

CRUZ, H. A. B.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO, R. L. M. Homossexuais e sofrimento psíquico - homofobia em contexto intrafamiliar. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 8, n. 3, 2019.

DELEUZE G, GUATTARI F. **Mil Platôs**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

FRANCO, Túlio Batista; HUBNER, Luiz Carlos Moreira. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde debate**. v. 43, n. especial 6, p. 93-103, 2019.

GUIMARÃES, R., FERRAZ, A. A interface aids, estigma e identidade - algumas considerações. **Rev. Min. Enf.**, v.6, p.77-85, 2002.

GUSMÃO, R. O. M. et al. A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, 2018.

LIMA, F.; MERHY, E. E. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. In: MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. 6, 2019.

MELO, L. P. de et al. Do “HIV-profecia” ao “HIV-território”: um estudo de caso sobre juventude, subjetividade e ativismo em HIV/aids. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 31, n. 04, e310406, 2021.

MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**, 1a Ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.

MOEBUS R. N.; MERHY, E. E. SILVA. E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**, 1a Ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 35, 2019.

MOREIRA, D. D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.29, 2019.

OLIVEIRA, M, JUNQUEIRA, T. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas** [online]. v. 28, n. 3, 2020.

OLIVEIRA. C. H. de. **HIV/aids e racismo: alta mortalidade da população negra em pauta**, 2018. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/artigo/hiv-aids-e-racismo-alta-mortalidade-da-populacao-negra-em-pauta/>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2023.

PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetivação**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PESSANHA, A. G. et al. Desencontros entre o cuidado instituído e as necessidades de saúde de idosa com deficiência física: ressonâncias encontradas nos serviços de saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 2, 2022.

REIS, T. S.; BAPTISTA, T. L. Tecnologias leves como ferramentas de trabalho na atenção terciária. **Gepnews**, Maceió, a.4, v.1, n.1, 2020.

RIOS, A. G. et al. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 08, 2021.

ROLNIK. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

SILVA, C. T. dos S.. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v11, p. 1-22, 2021.

SILVA, M, *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 19, n.1, p. 249-254, 2015.

SOUZA, E. C. de. Imagens, estigmas e refiguração identitária: o dito e o dizer sobre doenças crônicas. **Journal of Education**, v.6, n.2, p. 45-64, 2018.

SOUZA, M. C. de; FERREIRA, J. T. A importância do vínculo etnográfico para a compreensão e análise dos dados: pesquisa com coronariopatas em um hospital público do Rio de Janeiro. **Revista Mundaú**, n. 6, 2019.

SOUZA, M. **Rede de cuidados em pessoas com doença respiratória crônica em Salvador-Bahia: um estudo no distrito Cabula/Beirú.** Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Humana)-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, p. 117. 2019.

SPINOZA, Baruch de. **Ética.** Ed. Edusp, São Paulo, 2015.

TEMPERLY, N. K. N.; SLOMP JUNIOR, H.; SILVA, M. Z. DA. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário e o cuidado entre médicos de família e usuários. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. Interface (Botucatu), 2021.

UNAIDS. **Relatório estatístico.** 2020.

6 PRODUTO TÉCNICO

A proposta do produto técnico surgiu a partir de uma inquietação da necessidade de implementação de processos de trabalho mais ativos diante de usuários que apresentam uma maior complexidade no caminho do cuidado, e que este tenha de fato um centralidade na atenção. O deslocamento em contribuir com a mudança desse afastamento do cuidado, principalmente decorrente de questões subjetivas, juntamente com o imbricamento numa equipe de trabalho muito comprometida com a qualidade da atenção integral a essas pessoas foram a motivação inicial para a proposição de implementação do Núcleo de Monitoramento do Cuidado de Pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA).

Diante das singularidades, que pode ser pessoal ou coletiva, faz com que diferentes populações apresentem tendências múltiplas para o abandono do processo de cuidado. Análises apontam para perdas proporcionalmente maiores entre mulheres na cascata do cuidado. Assim, o acesso ao diagnóstico entre elas é maior, mas a vinculação e retenção nos serviços, a adesão em terapia antirretroviral (TARV) e a supressão viral são menores em relação aos homens (BRASIL, 2018).

Além disso, pessoas com idade jovem, cor da pele não branca, profissionais do sexo, privados de liberdade, identidade transgênero, analfabetos, residência rural, uso de álcool/ drogas injetáveis, falta de seguro de saúde, relação insatisfatória com profissionais dos serviços de saúde, dificuldade de transporte e saúde psicológica prejudicada também tendem a ter uma dificuldade de continuidade do cuidado no TARV (NACHEGA *et al.*, 2015; CORLESS, 2017; JOE, 2019).

Os processos de trabalho em saúde atualmente estão mais direcionados a ações passivas, se colocando à disposição para o atendimento de necessidades trazidas pelo usuário, sem uma ideia de corresponsabilidade dos trabalhadores. As ações de busca ativa dos usuários em abandono de tratamento é umas das ações ativas implementadas até o momento, mas que se demonstra incipiente diante da configuração epidemiológica de pessoas com diagnóstico que ainda estão sem tratamento, de pessoas que estão em tratamento ou mudança de tratamento há mais de seis meses mas que ainda apresentam carga viral detectável e pessoas em abandono de tratamento.

Atualmente o cenário da Cascata do Cuidado de PVHA no Brasil são de 88% das pessoas que vivem com HIV com diagnóstico estabelecido, 82% destas estão vinculadas a algum serviço de saúde, 74% retidas no serviço, 71% em tratamento antirretroviral e 63% com carga viral suprimida. Vinculados são considerados aqueles usuários que realizaram pelo menos um exame de contagem de linfócitos T CD4⁺ ou carga viral ou que tiveram pelo menos uma dispensação de antirretrovirais. Retidos são os que apresentaram pelo menos dois exames de carga viral ou dois exames de contagem de linfócitos T CD4⁺ ou dispensação nos últimos 100 dias do ano (BRASIL, 2021).

Em um estudo realizado no SEMAE, foi possível identificar uma correlação estatisticamente significativa entre idade e falha terapêutica ao tratamento antirretroviral. Um dos fatores que desencadeiam a falha terapêutica é a má adesão ao tratamento. Ou seja, tal dado indica a necessidade de desprendimento de uma importante atenção também a essa população de jovens no que tange ao reforço das ações de adesão (BARBOSA et al., 2019).

No fluxo atualmente implementado, o usuário é diagnosticado na Atenção Primária e busca o serviço especializado diante das orientações do profissional da Atenção Primária e portando a Ficha de Referência com o histórico de saúde para continuação do cuidado na Atenção Especializada. Já acolhido no Serviço Especializado, o usuário é encaminhado e orientado quanto às marcações que precisa realizar de acordo com as necessidades identificadas em cada atendimento.

Mas, e quando o usuário não apresenta suas demandas? Quando elas surgem mas o medo do diagnóstico, estigma e discriminação que o HIV traz paraliza o ser vivente impedindo que ele demande do serviço o que realmente necessita? E se ele não buscar o Serviço Especializado após o diagnóstico dado na Atenção Primária? E se mesmo já vinculado ao Serviço Especializado, o usuário colete os exames necessários e não realize agendamento médico para avaliá-los e iniciar

o tratamento? E se já em tratamento não se apresenta de maneira regular podendo configurar um abandono de tratamento? E se em abandono de tratamento se reapresentar espontaneamente na unidade, o serviço está preparado para viabilizar em momento oportuno os atendimentos necessários além do acolhimento?

O HIV hoje é um problema de saúde muito mais social do que biológico, portanto a implementação de estratégias de fortalecimento dos vínculos e uma postura mais ativa de busca dos usuários e acompanhamento destes se torna crucial para uma continuação efetiva do cuidado. O atendimento de pessoas que abandonam o tratamento é um dos que mais demandam uma articulação de saberes da equipe interprofissional. Os aspectos biopsicossociais que envolvem esse acontecimento exigem o trabalho em equipe, negociação nos processos decisórios e respeito às singularidades. Por esse motivo, optou-se pela composição do Núcleo de Monitoramento em questão de maneira que a articulação desses atendimentos seja facilitada, apesar da necessidade de adequação das individualidades de cada pessoa atendida (ARAÚJO et al., 2017).

Com isso, a proposta de Implementação do Núcleo de Monitoramento foi encaminhada à apreciação da Coordenadoria de Atenção à Saúde da Secretaria de Saúde do Município de Salvador que acolheu e endossou a necessidade e propôs a ampliação da implementação em todos os Serviços de Atenção Especializada (SAEs) do Município de Salvador. A ampliação foi realizada e foi composta uma Comissão com dois representantes de cada SAE (SEMAE Liberdade- Serviço Municipal de Assistência Especializada, SAE São Francisco e SAE Marymar Novais).

1. INTRODUÇÃO DA TEMÁTICA

Atualmente, a AIDS é considerada uma epidemia mundial. Mais de 34,7 milhões de pessoas morreram por doenças relacionadas a AIDS desde o princípio da epidemia. Em 2020 foram 690 mil mortes, e em todo o mundo 1,5 milhões de novas infecções. Além disso, cerca de 6 milhões de pessoas ainda desconhecem a infecção (UNAIDS, 2020).

Com foco na detecção, no tratamento precoce e na supressão da carga viral ao HIV, a Organização das Nações Unidas (ONU) através do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS), estabeleceu a meta 95-95-95 baseada na cascata do cuidado. Esta

configura-se como um compromisso internacional em que se espera 95% das PVHA diagnosticadas; 95% das PVHA diagnosticadas em TARV; e 95% das PVHA em TARV com supressão viral (UNAIDS, 2021). O trabalho articulado dos SAE com a Vigilância Epidemiológica e demais serviços de saúde é essencial para o alcance dessa meta e combate a epidemia do HIV. Neste sentido, implementar um Núcleo de Monitoramento do Cuidado de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS nos SAES de Salvador tem por objetivo contribuir com o alcance dessa meta (SMS, 2021).

Algumas barreiras são identificadas para a retenção desses usuários ao serviço e adesão ao tratamento antirretroviral (TARV). As percepções de quem vive com o diagnóstico de HIV/AIDS também podem explicar as dificuldades de retenção nos serviços e adesão ao tratamento. Os principais aspectos relatados foram que a revelação diagnóstica se trata de um momento doloroso devido ao estigma relacionado a uma sentença de morte; medo de adoecer, da morte física e social; discriminação; que a falta de informação contribui para o impacto sofrido no momento da revelação do diagnóstico e adesão ao tratamento; dificuldades ao envolver-se afetivamente com outras pessoas devido ao medo de expor o diagnóstico ao parceiro e ter consequências como o abandono e a quebra do sigilo para terceiros e dificuldades físicas para se manterem ativos no ambiente de trabalho (MACIEL *et al.*, 2019).

As pessoas que abandonam o tratamento antirretroviral em geral apresentam particularidades e vulnerabilidades que podem auxiliar o entendimento sobre esse abandono. Compreender esses aspectos do ponto de vista etnográfico são essenciais para a revinculação do usuário, bem como permitir o exercício da sua autonomia quanto ao caminho do cuidado que decide adotar. Entender os impactos do racismo, sexismo, LGBTQIA+fobia, da desigualdade social e as implicações práticas no cuidado à saúde, bem como os processos de subjetivação de cada um que são singulares e rejeitam soluções pré-fabricadas, permitem uma produção de cuidado mais sensível e adequado a cada pessoa (COUTO; DANTAS, 2016, XAVIER; ROCHA, 2017).

Na perspectiva da interseccionalidade, HIV/AIDS associado aos marcadores sociais descritos acima intensificam a cegueira pública para essa população e conseqüentemente traz uma grande complexidade na produção do cuidado desses indivíduos o que exige sensibilidade, atenção, empatia e afeto das pessoas envolvidas nesse cuidado, sejam elas institucionalmente estabelecidas ou familiares, amigos, empregadores, sociedade (COUTO; DANTAS, 2016, XAVIER; ROCHA, 2017).

Proporcionar a construção de contextos e práticas em saúde que fragilizem ou minimizem o agir prescritivo privilegiando trocas e relações pautadas pelo diálogo, autonomia, pactuação e comprometimento dos atores sociais envolvidos é um caminho salutar. Os contextos individuais são singulares e as expectativas, modos que operam a vida, crenças, experiência da enfermidade, itinerário terapêutico, dentre outros aspectos precisam estar em alinhamento com o projeto terapêutico pactuado entre o ser humano e o trabalhador de saúde para que se alcance o objetivo desejado de atingir qualidade de vida respeitando a autonomia dos atores envolvidos (CASTELLANOS; LOYOLA; IRIART, 2014).

Modelos de atenção à saúde que desprezam as dimensões emocionais e morais da aflição do adoecer, em que há uma despersonalização do usuário e que o trabalhador de saúde adota uma posição verticalizada de único conhecedor dos aspectos da saúde tendem a diminuir a potência que o encontro trabalhador-usuário promove, limita o deslocamento de horizonte do cuidar e dificulta o estabelecimento do vínculo. Por isso, através da implementação do Núcleo de Monitoramento, pretende-se auxiliar a equipe interprofissional na busca ativa desse usuário, ampliação para o olhar subjetivo sobre o cuidado em saúde e condução do atendimento no serviço (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

2. OBJETIVO

Implementar o núcleo de monitoramento do cuidado (NMC) de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS (PVHA) que não estão em tratamento ou com provável falha terapêutica inscritas nos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/AIDS e outras IST do Município de Salvador, com o objetivo de estimular o monitoramento contínuo das PVHA nos serviços especializados, reduzir o gap de tratamento e o número de usuários em falha terapêutica e em abandono de tratamento.

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar, discutir e reduzir os casos em *gap* de tratamento inscritos nos Serviços de Atenção Especializada ao HIV/AIDS e outras IST do Município de Salvador;

- Promover discussão sobre o fluxograma da assistência entre as etapas de diagnóstico, vinculação, retenção e tratamento;
- Identificar e diminuir o número de usuários em falha terapêutica por meio da identificação, discussão e implementação de ações assistenciais que visam a melhorar a adesão ao tratamento;
- Identificar usuários com resistência viral à TARV usando-se exames de genotipagem, e adequar o tratamento;
- Identificar e diminuir o número de usuários com atraso de dispensa de antirretroviral superior a 100 dias;
- Acompanhar o controle de carga viral das gestantes que vivem com HIV/AIDS afim de reduzir o risco de transmissão vertical.

3. PERCURSO METODOLÓGICO

A implementação do NMC de pessoas que vivem com HIV/AIDS seguirá todos os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do Ministério da Saúde (BRASIL, 2018c; BRASIL, 2019; BRASIL, 2019a, BRASIL 2020). Inicialmente, após apresentação da proposta para a equipe, pretende-se adotar um turno mensal que permita a interação e discussão entre os profissionais e gestores para que debatam sobre as possíveis soluções para a problemática bem como a elaboração do plano de ação.

O Sistema de Monitoramento Clínico (SIMC) é uma importante ferramenta do Ministério da Saúde que interliga dados do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e o Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM). Ou seja, permite visualizar e monitorar pessoas que realizaram exame de carga viral (estão cadastradas no SISCEL) e não estão em tratamento (não tem cadastro no SICLOM), ou seja, o *gap* de tratamento das PVHA que ainda não iniciaram o tratamento antirretroviral. O Sistema também permite visualizar a lista das pessoas que iniciaram a terapia antirretroviral ou tiveram seus esquemas modificados há 6 (seis) meses ou mais, mas que apresentam carga viral detectável, dentre outras funcionalidades. Esta relação é uma ferramenta importante no monitoramento da adesão das PVHA ao tratamento

com antirretroviral (ARV), e pode ajudar os serviços no resgate dessas pessoas para avaliação e condutas necessárias.

Os dados extraídos desse sistema devem subsidiar a discussão dos casos em *gap* de tratamento e deverão ocorrer semanalmente sendo responsabilidade de todos os profissionais de saúde que atuam na assistência aos usuários(as).

A discussão deverá acontecer utilizando o relatório nominal para análise individual de cada caso. Será necessário identificar o(a)/os(as) profissional(ais) responsável(eis) por realizar as buscas ativas. A utilização do relatório numérico dos casos em GAP de tratamento será utilizado para avaliar a eficácia das intervenções realizadas pelo serviço, bem como traçar novas estratégias a partir de falhas identificadas. A frequência dessa discussão deverá ser mensal (SMS, 2021).

Sendo assim, utilizaremos o SIMC, SISCEL e o SICLOM como ferramenta de gestão do cuidado, realizando o monitoramento por intermédio dos referidos sistemas, com base no envolvimento dos profissionais da saúde que compõem o NMC. A referida discussão seguirá o modelo lógico de intervenção proposto no quadro 1, a proposta de intervenção busca diminuir o número de usuários apontados baseando-se nos casos identificados no SIMC, contribuindo com a discussão e qualificação dos processos assistenciais e gerenciais (LOCH, 2020).

Quadro 1 - Modelo lógico da intervenção para a melhoria do monitoramento do cuidado dos SAE do município de Salvador

Grupo de monitoramento de usuários identificados no SIMC	Finalidade da intervenção	Encaminhamento
Usuários diagnosticados em gap de tratamento	Identificar e diminuir o número de usuários diagnosticados sem tratamento	Promover discussão sobre o fluxograma da assistência entre as etapas de diagnóstico, vinculação, retenção e tratamento.
Usuários em TARV (terapia antirretroviral) há mais de seis meses com carga viral detectável	Identificar e diminuir o número de usuários em falha terapêutica	Discutir e implementar ações assistenciais que visam a melhorar a adesão ao tratamento e identificar usuários com resistência viral à TARV (terapia antirretroviral) usando-se exames de genotipagem, e adequar o tratamento.

Usuários em abandono de TARV (terapia antirretroviral)	Identificar e diminuir o número de usuários com atraso de dispensa de antirretroviral superior a 100 dias.	Discutir o fluxograma assistencial de convocação e reengajamento dos usuários em abandono.

Fonte: Elaboração própria com base em LOCH, 2021, p. 5

Para cada grupo de monitoramento de usuários foram desenvolvidos questionamentos (quadro 2) que buscam construir diagnóstico dos SAE em relação ao GAP no intuito de orientar a reorganização do processo de trabalho e propõem impactar na melhoria do monitoramento do cuidado dos SAE do município de Salvador (LOCH, 2020).

Quadro 2 - Perguntas disparadoras para diagnóstico do monitoramento do cuidado dos SAE do município de Salvador

Usuários identificados no SIMC	Perguntas disparadoras para diagnóstico dos SAE
Usuários diagnosticados em gap de tratamento	<p>Como é o fluxo de atendimento do usuário diagnosticado no serviço?</p> <p>Qual o tempo médio entre o diagnóstico e a coleta de exames de carga viral e CD4? E entre a realização de exames e a primeira consulta médica?</p> <p>O serviço promove algum atendimento para esclarecimento de dúvidas e avaliação clínica sobre a doença antes da primeira consulta médica?</p> <p>Existe o entendimento da importância do início de TARV por todos da equipe?</p>
Usuários em TARV (terapia antirretroviral) há mais de seis meses com carga viral detectável	<p>O serviço realiza algum tipo de monitoramento das doses dispensadas na farmácia?</p> <p>Os profissionais da equipe multiprofissional possuem algum mecanismo de aviso da equipe médica sobre a necessidade de avaliar a adesão e solicitar a genotipagem?</p> <p>O serviço realiza alguma atividade para a melhoria da adesão ao tratamento, como consultas com profissionais da equipe multiprofissional?</p>
Usuários em abandono de TARV (terapia antirretroviral)	O serviço promove algum atendimento para a verificação da adequação do ARV (antirretroviral) na rotina do usuário após o início da terapia?

	<p>O serviço tem algum fluxograma definido para a busca dos usuários em abandono de tratamento?</p> <p>O serviço realiza alguma atividade diferenciada de monitoramento para usuários com histórico de abandono?</p> <p>O serviço busca identificar os motivos do abandono da TARV e do seguimento, e dispara ações da equipe multiprofissional que vise à adesão e retenção no cuidado?</p>
--	--

Fonte: Elaboração própria com base em LOCH, 2021, p. 5

4. PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO

4.1. USUÁRIOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS E NÃO ESTÃO EM TRATAMENTO

Atividade	Objetivo	Periodicidade	Quem	Como	Meta	Situação
Realizar análise situacional com indicadores (número de pessoas sem TARV, número de cadastros duplicados no SISCEL e SICLOM, número de usuários já em tratamento)	Entender a situação epidemiológica atual no que tange a esses aspectos	Mensal	Técnico de referência do NMC	SIMC, SICLOM, SISCEL	Realizar na primeira semana de atividades do Núcleo e realizar as avaliações periódicas mensalmente	
Emitir o relatório de pessoas com HIV que não estão em tratamento	Iniciar o tratamento de pessoas com HIV que ainda não estão tratando	Mensal	Técnico de referência do NMC	SIMC	Redução de 15% do GAP mensalmente	
Informação sobre usuários que vivem	Realizar o registro	Mensal	SUIS-Subcoord	Vigilância Epidemiol	Enviar até o 5º dia	

com HIV/AIDS que foram a óbito	dos óbitos no SIMC		enadoria de Informações em Saúde	ógica enviar a lista dos óbitos para o NMC	útil de cada mês	
Realizar contato telefônico com os usuários que não estão em tratamento	Convidar os usuários a retornar ao serviço para início de TARV	Semanal	Técnico de referência do NMC ou Assistente Social ou recepção	Telefone		
Realizar contato com USF para busca ativa do usuário	Convidar os usuários a retornar ao serviço para início de TARV	Semanal	Técnico de referência do NMC ou Assistente Social	Interlocução SAE/USF		
Recolhimento e agendamento de consulta médica	Abordar de maneira integral o indivíduo que vive com HIV/AIDS que não está em tratamento	Semanal	Enfermeira Assistente social Psicóloga	Atendimento presencial SAE		
Realização dos exames solicitados pela enfermeira	Viabilizar análise da situação clínica do usuário	Semanal	Laboratório	Atendimento presencial no SAE		
Atendimento médico	Avaliar	Semanal	Médico	Atendime		

	clínica e iniciar TARV			Atendimento presencial SAE		
Dispensação de TARV	Iniciar a TARV	Semanal	Farmacêutica	Atendimento presencial SAE		
Ações intersetoriais que viabilizem a continuação do cuidado do usuário de acordo com as especificidades de vulnerabilidades de cada um deles (as)	Viabilizar a continuação do cuidado	Semanal	Toda a equipe	Articulação com a rede de atenção à saúde e assistência social		

4.2. USUÁRIOS COM PROVÁVEL FALHA TERAPÊUTICA

Atividade	Objetivo	Periodicidade	Quem	Como	Meta	Situação
Realizar análise situacional com indicadores (número de pessoas em possível falha, número de cadastros duplicados no SISCEL e SICLOM)	Entender a situação epidemiológica atual no que tange a esses aspectos	Mensal	Técnico de referência do NMC	SIMC, SICLOM, SISCEL	Realizar na primeira semana de atividades do Núcleo e realizar as avaliações periódicas mensalmente	
Emitir o relatório de pessoas com HIV que estão com carga viral	Resolver precocemente	Mensal	Técnico de referência	SIMC	Redução de 15% das falhas	

detectável	situações de falha virológica e reforçar a adesão ao tratamento		do NMC		viroológicas mensalmente	
Conferir se o usuário está há mais de 6 meses em tratamento ou foi realizada mudança de tratamento há mais de 6 meses	Selecionar					
Realizar contato telefônico com os usuários que estão em provável falha terapêutica	Convidar os usuários a retornar ao serviço para reforçar adesão e solicitar novo exame de carga viral	Semanal	Técnico de referência do NMC ou Assistente Social ou recepção	Telefone		
Recolhimento e agendamento de consulta médica	Abordar de maneira integral o indivíduo com provável falha virológica	Semanal	Enfermeira Assistente social Psicóloga	Atendimento presencial SAE		
Realização dos exames solicitados pela enfermeira	Viabilizar análise da situação clínica do	Semanal	Laboratório	Atendimento presencial no SAE		

	usuário					
Atendimento médico	Avaliar clinicamente e solicitar genotipagem e modificar esquema terapêutico	Semanal	Médico	Atendimento presencial SAE		
Dispensação de TARV	Reforçar adesão do esquema atual ou dispensar novo esquema terapêutico	Semanal	Farmacêutica	Atendimento presencial SAE		
Ações intersetoriais que viabilizem a continuação do cuidado do usuário de acordo com as especificidades de vulnerabilidades de cada um deles (as)	Viabilizar a continuação do cuidado	Semanal	Toda a equipe	Articulação com a rede de atenção à saúde e assistência social		

4.3. GESTANTE COM HIV/AIDS COM CARGA VIRAL DETECTÁVEL

Atividade	Objetivo	Periodicidade	Quem	Como	Meta	Situação
Realizar análise situacional com indicadores (número de gestantes em	Entender a situação epidemiológica	Mensal	Técnico de referência do NMC	SIMC, SICLOM , SISCEL	Realizar na primeira semana	

TARV com CV detectável ou ainda sem tratamento, número de cadastros duplicados no SISCEL e SICLON, número de usuários já em tratamento)	atual no que tange a esses aspectos				de atividades do Núcleo e realizar as avaliações periódicas mensalmente	
Emitir o relatório de gestantes com HIV com carga viral detectável	Iniciar o tratamento de gestantes com HIV ou reforçar adesão das que já estão em tratamento	Mensal	Técnico de referência do NMC	SIMC	Gestantes com carga viral indetectável até o momento do parto	
Monitorar solicitação de genotipagem pré-tratamento	Acompanhar se o perfil de resistência viral está sendo avaliado precocemente	Semanal	Técnico de referência do NMC	SIMC e SISGENO	Realização de genotipagem pré-tratamento para todas as gestantes vinculadas	
Realizar contato telefônico com as usuárias que estão sem tratamento, com possível falha terapêutica	Convidar as usuárias a retornar ao serviço para avaliação	Semanal	Técnico de referência do NMC ou Assistente Social ou recepção	Telefone		
Realizar contato com rede cegonha para	Convidar as	Semanal	Técnico de	Interlocução		

auxiliar na busca ativa da usuária caso não consiga contato	usuárias a retornar ao serviço para avaliação		referência do NMC ou Assistente Social	SAE/APS		
Recolhimento e agendamento de consulta médica	Abordar de maneira integral a gestante que vive com HIV/AIDS que não está em tratamento ou que está com provável falha	Semanal	Enfermeira Assistente social Psicóloga Farmacêutica	Atendimento presencial SAE		
Realização dos exames solicitados pela enfermeira	Viabilizar análise da situação clínica do usuário	Semanal	Laboratório	Atendimento presencial no SAE		
Atendimento médico	Avaliar clinicamente e iniciar ou modificar TARV ou reforçar adesão	Semanal	Médico	Atendimento presencial SAE		
Dispensação de TARV	Iniciar ou modificar a TARV ou reforçar adesão	Semanal	Farmacêutica	Atendimento presencial SAE		
Ações intersetoriais que viabilizem a	Viabilizar a	Semanal	Toda a equipe	Articulação com a		

continuação do cuidado do usuário de acordo com as especificidades de vulnerabilidades de cada um deles (as)	continuação do cuidado			rede de atenção à saúde e assistência social		
--	------------------------	--	--	--	--	--

REFERÊNCIAS

AGRELI, H.F., PEDUZZI, M., SILVA, M.C. Patient centred care in interprofessional collaborative practice. **Interface**. v. 20, n. 59, p.905-16, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622015.0511>. Acesso em 10 de junho de 2021.

ARAÚJO, Thaise Anataly Maria de et al. Multiprofissionalidade e interprofissionalidade em uma residência hospitalar: o olhar de residentes e preceptores. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 21, n. 62, pp. 601-613, 2017. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>>. Epub 23 Jan 2017. ISSN 1807-5762. <https://doi.org/10.1590/1807-57622016.0295>.

BARBOSA, T. et al. Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com HIV/AIDS atendidas em um serviço de referência. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n. 3, p. 539-553, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019a.

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, 2019b.

CASTELLANOS, M.E.P; LOYOLA, M.A., IRIART, J.A.B. Ciências Sociais em Saúde Coletiva. In: PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. organizadores. **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Medbook; 2014. p.567-584.

CORLESS, I. B. 90-90-90-Plus: Maintaining Adherence to Antiretroviral Therapies. **AIDS PATIENT CARE and STDs**. v. 31, n. 5, 2017.

COUTO, Marcia Thereza; DANTAS, Suellen Maria Vieira. Gênero, masculinidades e saúde em revista: a produção da área na revista Saúde e Sociedade. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 4, pp. 857-868, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016172308>.

JOE, G. W. *et al.* The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 102, p. 23-32, 2019.

LOCH, Ana Paula et al. Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 36, 2020. Disponível em <https://www.scielo.org/pdf/csp/2020.v36n5/e00136219/pt>. Acesso em 05 jul 2021.

MACIEL, K. L. et al. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Rev Cuid**. v. 10, n. 3, 2019.

NACHEGA J. B. *et al.* Community-Based Interventions to Improve and Sustain Antiretroviral Therapy Adherence, Retention in HIV Care and Clinical Outcomes in Low- and Middle-Income Countries for Achieving the UNAIDS 90-90-90 Targets. **Curr HIV/AIDS Rep**. v. 13, n. 5, 2015.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS). Flora Santos Oliveira, Sandra Montanha Gargur, Leila Carine dos Reis Conceição, Erik Asley Ferreira Abade, Thainá Caló Magalhães, João Henrique T. A. da Silva, 01/2021. PROTOCOLO DE ORGANIZAÇÃO DOS FLUXOS DOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA (SAE), Salvador, 2021.

UNAIDS. **Estados-membros das Nações Unidas adotam nova Declaração Política para enfrentar desigualdades e acabar com a AIDS**. 2021

UNAIDS. **Relatório estatístico**. 2020.

XAVIER, E.C., ROCHA, K. B.. Subjetividade e interseccionalidade: experiências e adoecimento de mulheres negras com doença falciforme. **Avances en Psicología Latinoamericana**, v. 35, n. 2, p. 276-282, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.3804>. Acesso em 20 de junho de 2021.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sejamos subjetivos ou não entenderemos nada. A minha compreensão da vida, caminhos e trilhas do outro começou a desvencilhar uma venda dos olhos. Dos olhos da alma, do encontro, da afecção e percepção da potência que o vínculo produz e modifica modos de cuidar da saúde. O cuidado biomédico tão arraigado na minha formação como pessoa e profissional foi de fato dando lugar ao subjetivo, ao fora do controle, ao fora da regra e a verdadeira compreensão que o

que importa é o caminho percorrido, saindo muitas vezes da trilha, acolhendo essas fugas e promovendo novas territorializações que tragam afecções positivas.

Navegar nos mapas existenciais de tanta diversidade de existência e, apesar de todo sofrimento e abandono, perceber a beleza que há em cada uma delas, foi algo único. Descortinar que apesar das vulnerabilidades é possível instaurar novos modos de existência a partir do diagnóstico de HIV foi acalentador.

Como profissional do serviço estudado, perceber que, apesar do tanto que ainda precisamos caminhar, as entrevistas permitirem visualizar que a trilha delineada até o momento tem sido no caminho do cuidado, empatia e acolhimento é confortante. No entanto, uma importante construção e fortalecimento das redes precisa ser retomado para que as demandas tanto de saúde quanto intersetoriais sejam resolvidas para essa população. Entendendo a rede como algo vivo demandado pelo usuário e não um arcabouço a ser preenchido de modo protocolar, pois vão em acontecimento sendo tecidas (ABRAHÃO et al. 2016).

A construção do produto técnico se demonstrou como uma ação importante a ser implementada nos processos de trabalho, visto que pretende preencher lacunas no monitoramento do cuidado de pessoas que apresentam uma maior complexidade no caminho do cuidado. Pelo HIV envolver importantes vulnerabilidades sociais, a implementação de estratégias de fortalecimento dos vínculos e uma postura mais ativa de busca dos usuários e acompanhamento destes se torna crucial para uma continuação efetiva do cuidado.

As limitações do presente estudo referem-se à não realização de entrevistas com os trabalhadores do local do estudo. Esses dados permitiriam avaliar o olhar desses atores quanto ao cuidado prestado viabilizando uma análise da percepção quanto à interprofissionalidade colaborativa. E as entrevistas das famílias, permitindo avaliar quais processos de subjetivação estão presentes em pessoas que abandonam, discriminam e estigmatizam alguém que demanda um comportamento totalmente contrário de escuta e acolhimento.

Como produções vinculadas a essa dissertação, foi publicado um resumo expandido na Revista Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva, conforme Apêndice D. Foram construídos conteúdos digitais juntamente com a turma de estudantes do Programa de Integração Academia, Serviço e Comunidade (PIASC). Dentre os conteúdos digitais foram elaborados uma cartilha informativa sobre orientações para mulheres que vivem com HIV; Reels para publicação em redes sociais sobre educação em saúde sexual e prevenção de violência contra a mulher; e um

podcasts sobre Saúde Sexual sem Tabu com cinco episódios: HIV: Conhecendo, prevenindo e tratando, Bate-papo sobre HPV, Desvendando a Sífilis, Conhecendo a Gonorreia e Herpes Genital e Clamídia: o que é, como tratar e como prevenir que estão descritos no Apêndice E.

Derivados também do Projeto da Dissertação, foram elaborados três resumos e apresentados no Congresso Internacional da Rede Unida em junho de 2022 que versam sobre Barreiras de acesso e seus impactos nos caminhos do cuidado de pessoas que vivem com HIV/AIDS; Itinerários terapêuticos como ferramenta para compreensão dos caminhos trilhados por pessoas que vivem com HIV/AIDS; e Vulnerabilidades, estigma e preconceito das pessoas que vivem com HIV/AIDS: Elementos para uma ruptura biográfica? descritos no Apêndice F.

Quatro projetos de Iniciação Científica do Programa de Ações Afirmativas foram construídos a partir do Projeto de Dissertação sendo três fomentados por bolsa e uma voluntária cujos subprojetos são intitulados Barreiras de acesso em pessoas que vivem com HIV/AIDS atendidas em um Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE: Um olhar a partir da interseccionalidade; A morte ou viver com HIV/AIDS: Percepção sobre o pós diagnóstico de pessoas atendidas em um Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE: Um olhar a partir da interseccionalidade; Vulnerabilidade social, preconceito e discriminação: o cotidiano para quem vive com HIV/AIDS; O estigma do adoecer com HIV/AIDS: Um olhar sobre a ruptura biográfica evidenciados no Apêndice G.

Esta conexão mestrado-graduação se torna extremamente profícua, visto que os estudantes de ambos graus acadêmicos têm a oportunidade de vivenciar espaços e metodologias diferentes daqueles proporcionados nos componentes curriculares de cada âmbito. Além de proporcionar a perspectiva de compartilhamento de saberes diversos estimulando a horizontalidade e democratização do conhecimento.

REFERÊNCIAS

AGOSTINI, R., MAKSUD, I., FRANCO, T. “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. **Saúde Soc.** São Paulo, v.26, n.2, p.496-509, 2017.

AGRELI, H., PEDUZZI, M., SILVA, M. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação** [online]. v. 20, n. 59,

2016.

ALMANZA, A. M., GÓMEZ, A. H. Masculinidades emergentes através de la trayectoria del padecimiento: implicaciones para el cuidado de la salud de varones que viven con VIH. **Universitas Psychologica**. v. 16, n. 2, 2017.

AQUINO, R. C. A. *et al.* Therapeutic itinerary and access to health services in cases of oral cancer deaths. **Revista Cefac**, v. 20, n. 5, p. 595-603, 2018.

BARBOSA, T. *et al.* Perfil clínico e epidemiológico de pessoas com hiv/aids atendidas em um serviço de referência. **Rev. Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n.3, p. 539-553, 2019.

BARBOSA; T. M. P.; SOUZA, M. C. Produção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS: itinerários e afecções. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.1, n.e12524, 2020.

BARBOSA, T. M. P. C. ; SOUZA, M. C. de. Produção do Cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS: Itinerários e afecções. **Rev. Práticas e Cuidado: revista de saúde coletiva**. v. 1, n.e12524, 2020.

BARBOSA, M. I. S.; BOSI, M. L. M. Vínculo: um conceito problemático no Campo da Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, 2017.

BAREMBLITT, G. F. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 3o Ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos: 1996. 204 p.

BELTRÃO, R. **A assistência de saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas pelo COAS-CTA do Município de Parnaíba- Piauí**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Família) - Universidade Federal do Piauí. Parnaíba, p. 91. 2019.

BEZERRA, E. N. R. . Psychosocial care: expanding care in the construction of an articulated network in mental health. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 3, 2022.

BISALLAH, C. I. Effectiveness of health education intervention in improving knowledge, attitude, and practices regarding Tuberculosis among HIV patients in General Hospital Minna, Nigeria – A randomized control Trial. **Plos One**, feb. 2018.

BORRET, R. H. et al. “A sua consulta tem cor?” Incorporando o debate racial na Medicina de Família e Comunidade - um relato de experiência. **Rev Bras Med Fam Comunidade**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 42, 2020.

BRAGA, I. F. et al. Violência familiar contra adolescentes e jovens gays e lésbicas: um estudo qualitativo. **Revista Brasileira de Enfermagem-REBEn**, v. 71(suppl 3), 2018.

BRASIL. Portaria GM/MS nº 992 de 13 de maio de 2009. **Institui a Política Nacional de Saúde**

Integral da População Negra. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2009.

_____. Portaria nº 2.836, de 1º de dezembro de 2011. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (Política Nacional de Saúde Integral LGBT).** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2011.

_____. Lei 12.984, de 2 de junho de 2014. **Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids.** Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 2014.

_____. **Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais e outras infecções sexualmente transmissíveis,** 2018a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças.** Brasília, 2018b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos.** Brasília, 2018c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. Universidade de Brasília. **Observatório de Saúde de Populações em Vulnerabilidade. Óbitos por suicídio entre adolescentes e jovens negros 2012 a 2016.** Brasília (DF), 2018d.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de monitoramento clínico do HIV.** 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** 2020.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS.** 2022.

_____. **PEP.** Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/assuntos/prevencao-combinada/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv/pep#:~:text=O%20uso%20de%20medicamentos%20para,acidentes%20ocupacionais%20e%20viol%C3%Aancia%20sexual>. Acessado em: 17 de fevereiro de 2023.

BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, São Paulo, Sp, v. 34, No. 2, p.207-2017, abr. 2000.

BURY M. Chronic illness as biographical disruption. **Sociol. Health Illn**, v.4, n.2, p.167-182, 1982.

CARMO, R. F. et al. Reconnectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, 2022.

CASTELLANOS, M. E. P., BARROS, N.F., COELHO, S.S. Rupturas e continuidades

biográficas nas experiências e trajetórias familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.23, n.2, p. 357-367, 2018.

CASTRO, A.M. M. de et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.2, n.e11351, p.1-25, 2021.

CLUVER, L. D. Social protection: potential for improving HIV outcomes among adolescents. **Journal of the International AIDS Society**. v. 18, suppl 6, 2015.

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DA BAHIA; BRANDÃO, Maria Fernanda Barros de Oliveira (org.). **Guia do cuidado farmacêutico para a comunidade LGBTI+: primeiros passos para um atendimento humanizado e criação de ambientes mais inclusivos**. Salvador: CRF/BA, 2021. Disponível em: <https://www.crf-ba.org.br/wp-content/uploads/2021/08/cartilhacim.pdf>.

CORLESS, I. B. 90-90-90-Plus: Maintaining Adherence to Antiretroviral Therapies. **AIDS PATIENT CARE and STDs**. v. 31, n. 5, 2017.

COSTA, J. L. S. da, QUEIROZ, L. L. Descolonizar o poder: reverberações de Foucault em Mbembe. (Neoliberalismo+ Biopolítica+ Governamentalidade = Necropolítica mundial). **Cadernos Cajuína**, V. 6, N. 1, p. 115-130, 2021.

CRIVELARO et al. Consulta de enfermagem: uma ferramenta de cuidado integral na atenção primária á saúde. *Brazilian Journal of Developmen*. Curitiba, v. 6, n. 7, p. 49310-49321,jul. 2020.

CRUZ, H. A. B.; OLIVEIRA, L. C.; ARAÚJO, R. L. M. Homossexuais e sofrimento psíquico - homofobia em contexto intrafamiliar. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 8, n. 3, 2019.

DANIEL H, PARKER, R. **AIDS: a terceira epidemia ensaios e tentativas**. 2. ed. Rio de Janeiro: ABIA; 2018.

DELEUZE G, GUATTARI F. **Mil Platôs**. 2. ed. São Paulo: Editora 34, 2011.

FERNANDES, I.; BRUNS, M. A. T. Revisão Sistematizada da Literatura Científica Nacional acerca da história do HIV/AIDS. *Rev. Brasileira de Sexualidade Humana*, v. 32, n. 1, 2021.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1963.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FRANCO T.B., MERHY E.E. O reconhecimento de uma produção subjetiva do cuidado. In: **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde: textos reunidos** São Paulo: Hucitec; 2013. p. 151-171.

FRANCO, T. B.; RAMOS,s, V .C. **Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**. Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; GALAVOTE, Heletícia S. Em Busca da Clínica dos Afetos, in, Franco, T.B. & Ramos, V.C. “**Semiótica, Afecção e Cuidado em Saúde**”. Hucitec, São Paulo, 2010.

FRANCO, Túlio Batista; HUBNER, Luiz Carlos Moreira. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? **Saúde debate**. v. 43, n. especial 6, p. 93-103, 2019.

GOMES, M. P. et al. Resignificação da existência e do cotidiano de pessoas que vivem com HIV. **Revista Pró-univerSUS**, v.10, n.1, 2019.

GUIMARÃES, R., FERRAZ, A. A interface aids, estigma e identidade - algumas considerações. **Rev. Min. Enf.**, v.6, p.77-85, 2002.

GUSMÃO, R. O. M. et al. A violência e seus imbricamentos com o campo da saúde mental: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 3, 2018.

JOE, G. W. *et al.* The role of physical and psychological health problems in the drug use treatment process. **Journal of Substance Abuse Treatment**. v. 102, p. 23-32, 2019.

KOIRALA, S. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia— A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. **Plos One**, May, 2017.

LIMA, F.; MERHY, E. E. Produção de conhecimento, ciência nômade e máquinas de guerra: devires ambulantes em uma investigação no campo da saúde coletiva. *In*: MERHY, Emerson Elias et al. Rede Básica, campo de forças e micropolítica: implicações para a gestão e cuidado em saúde. **Saúde em Debate [online]**, v. 43, n. 6, 2019.

LOCH A. P. *et al.* Avaliação dos serviços ambulatoriais de assistência a pessoas vivendo com HIV no Sistema Único de Saúde: estudo comparativo 2007/2010. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 34, n.2, 2018.

LÓPEZ, L. C. Uma análise das políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS na perspectiva da interseccionalidade de raça e gênero. **Saúde Soc. São Paulo**, v.20, n.3, p.590-603, 2011.

MACIEL, K. L. *et al.* HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Rev Cuid**. v. 10, n. 3, 2019.

MASSIGNANI, L. M. *et al.* Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e aids por profissionais de saúde. **Psicol. Argum.**, Curitiba, v. 32, n. 79, p. 65-75, Supl 1., 2014.

MBEMBE, A. Necropolítica: Biopoder, soberania, estado de exceção política da morte. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MELO, L. P. de, CORTEZ, L. C. de A., SANTOS, R. de P. É a cronicidade do HIV/aids frágil? Biomedicina, política e sociabilidade em uma rede social on-line. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.28, e3298, 2020.

MELO, L. P. de et al. Do “HIV-profecia” ao “HIV-território”: um estudo de caso sobre juventude, subjetividade e ativismo em HIV/aids. **Physis: Revista de Saúde Coletiva [online]**. v. 31, n. 04, e310406, 2021.

MERHY et al. As redes vivas; multiplicidades gerando existências, Implicações para a produção do cuidado e a produção do cotidiano em saúde. **Saúde em debate**, v.53, p.153-64, 2014.

MERHY, E. E. et al. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. **Saúde debate**, v. 52, 2014.

MERHY, E. E. et al. **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**, 1a Ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p.

MINAYO, M. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC: ABRASCO, 2012.

MOEBUS R. N.; MERHY, E. E. SILVA. E. O usuário-cidadão como guia. Como pode a onda elevar-se acima da montanha? In: **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes**, 1a Ed., Rio de Janeiro: Hexis, 2016. 448 p

MONTEIRO, S.; BRIGEIRO, M. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 35, 2019.

MOREIRA, D. D. J.; BOSI, M. L. M. Qualidade do cuidado na Rede de Atenção Psicossocial: experiências de usuários no Nordeste do Brasil. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 29, n.29, 2019.

NACHEGA J. B. *et al.* Community-Based Interventions to Improve and Sustain Antiretroviral Therapy Adherence, Retention in HIV Care and Clinical Outcomes in Low- and Middle-Income Countries for Achieving the UNAIDS 90-90-90 Targets. **Curr HIV/AIDS Rep.** v. 13, n. 5, 2015.

OLIVEIRA, M, JUNQUEIRA, T. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas [online]**. v. 28, n. 3, 2020.

OLIVEIRA, R. A. D. de *et al.*. Barreiras de acesso aos serviços em cinco Regiões de Saúde do Brasil: percepção de gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde, **Cad. Saúde Pública**, v. 35, n. 11, 2019.

OLIVEIRA. C. H. de. **HIV/aids e racismo: alta mortalidade da população negra em pauta**, 2018. Disponível em: <https://agenciaaids.com.br/artigo/hiv-aids-e-racismo-alta-mortalidade-da-populacao-negra-em-pauta/>. Acesso em: 19 de fevereiro de 2023.

OTANI, M. A. P. et al. Comunicação entre profissional de saúde e paciente: percepções de mulheres com câncer de mama. **Revista Nursing**, v. 21, n. 242, p. 2272-2276, 2018.

PAIVA NETTO, José de. **Reflexões da alma**. 5. ed. São Paulo: Elevação, 2003. 217 p.

PARKER, R. Estigmas do HIV/AIDS: Novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **Rev. eletrônica de comunicação, informação e inovação em saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n.3, p. 618-633, jul/set. 2019.

PARKER, R. Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial. In: MONTEIRO, S., and VILLELA, W. comps. **Estigma e saúde** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 25-46, 2013.

PASSOS; KASTRUP; ESCOSSIA. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetivação**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PESSANHA, A. G. et al. Desencontros entre o cuidado instituído e as necessidades de saúde de idosa com deficiência física: ressonâncias encontradas nos serviços de saúde. **Revista Saúde em Redes**, v. 8, n. 2, 2022.

RACHID M, SCHECHTER M. **Manual de HIV/AIDS**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

RAFFANTI S, HASS DW. Antimicrobianos (continuação): Agentes antirretrovirais. In: Goodman LS, Gilman A. **As bases farmacológicas da terapêutica**. Rio de Janeiro: Mc Graw Hill, 2018. 1011-1035.

RANGEL et al. Cuidado integral: significados para docentes e discentes de enfermagem. **Rev Rene**, v.18, n.1, jan-fev 2017, p. 43-50.

REIS, T. S.; BAPTISTA, T. L. Tecnologias leves como ferramentas de trabalho na atenção terciária. **Gepnews**, Maceió, a.4, v.1, n.1, 2020.

RIOS, A. G. et al. A produção do comum como estratégia de cuidado para usuários complexos: uma cartografia com mulheres em situação de rua. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**, v. 26, n. 08, 2021.

ROLNIK. **Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo**. 1. ed. Porto Alegre: Sulina, 2011.

ROOSLI, A., PALMA, C., ORTOLAN, M. Sobre o cuidado na saúde: da assistência ao cidadão à autonomia de um sujeito. **Psicologia USP**, v. 31, 2020.

SANTOS, L. M. V. R. *et al.* Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. **Rev. UNILUS ensino e pesquisa**, v.8, n.50, jan/mar 2021.

SEFFNER F, PARKER R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. **Interface (Botucatu)**. v. 20, n.57, p. 293-304, 2016.

SEIXAS, C. T. *et al.* O vínculo como potência para a produção do cuidado em saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface (Botucatu)**, v. 23, e170627, 2019.

SILVA, A. L. A da. O pesquisador in-mundo e o processo de produção de outras formas de

investigação em saúde. **Lugar Comum**, n. 39, 2013

SILVA, C. T. dos S. Desafios para a produção do cuidado na Atenção Primária à Saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, Santa Maria, v11, p. 1-22, 2021.

SILVA, F. C. da. LEITE, J. F. **Produção de sentidos e de discursos sobre HIV/AIDS à população negra e LGBT**. Anais do VI Seminário Nacional Gênero e Práticas Culturais. João Pessoa-PB, 2017.

SILVA, J. C. P. da et al. Diversidade sexual: uma leitura do impacto do estigma e discriminação na adolescência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 26, 2021.

SILVA, M, *et al.* O cuidado além da saúde: cartografia do vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. **Rev Min Enferm**, v. 19, n.1, p. 249-254, 2015.

SILVA, M. da. Racismo: um Trauma Coletivo não Considerado. **Rev. Latino-americana de psicologia corporal**. n. 11, 2021.

SOUZA, E. C. de. Imagens, estigmas e refiguração identitária: o dito e o dizer sobre doenças crônicas. **Journal of Education**, v.6, n.2, p. 45-64, 2018.

SOUZA, M. **Rede de cuidados em pessoas com doença respiratória crônica em Salvador-Bahia: um estudo no distrito Cabula/Beirú**. Tese (Doutorado em Medicina e Saúde Humana)-Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Salvador, p. 117. 2019.

SOUZA, M. C. de *et al.* Itinerários terapêuticos de pessoas com doenças respiratórias crônicas. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**. Vol.12, n.11, 2020.

SOUZA, M. C. de; FERREIRA, J. T. A importância do vínculo etnográfico para a compreensão e análise dos dados: pesquisa com coronariopatas em um hospital público do Rio de Janeiro. **Revista Mundaú**, n. 6, 2019.

SOUZA, M. C; SOUZA, J. N. Access, Care, Social Inequalities and The Pandemic COVID 19 In Brazil. **Biomedical Journal Of Scientific & Technical Research**, v. 31, n. 4, p. 24327-24329, 2020.

SPINOZA, Baruch de. **Ética**. Ed. Edusp, São Paulo, 2015.

TEMPERLY, N. K. N.; SLOMP JUNIOR, H.; SILVA, M. Z. DA. Do vínculo ao encontro cuidador: cartografias sobre o território identitário e o cuidado entre médicos de família e usuários. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**, v. 25, n. Interface (Botucatu), 2021.

TERTO JUNIOR., V. Homossexualidade e saúde: desafios para a terceira década da epidemia HIV/AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 147-158, junho de 2002.

THIEDE M.; AKWEONGO P; MCINTYRE D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D; MOONEY, G. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

UNAIDS. **90-90-90: An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic.** 2014.

UNAIDS. **Estados-membros das Nações Unidas adotam nova Declaração Política para enfrentar desigualdades e acabar com a AIDS.** 2021.

UNAIDS. **Relatório estatístico.** 2020.

APÊNDICE A
UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(usuário)

Nós convidamos você a participar do nosso estudo intitulado de Produção do cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS: caminhos, trilhas e afecções. Trata-se de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia. Tem como pesquisador responsável o Professor Márcio Costa de Souza, co-responsável a Professora Márcia Cristina Graça Marinho e como colaboradora a Farmacêutica Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso, estudante do mestrado desta instituição. Os objetivos da pesquisa são compreender os percursos do cuidado produzido em Pessoas que vivem com HIV/AIDS que abandonaram a terapia antirretroviral ou tenham dificuldade na continuidade do cuidado a partir das afecções estabelecidas nos itinerários,

bem como compreender os vínculos produzidos entre trabalhador/usuário/família no processo de cuidado; Conhecer os vínculos produzidos entre trabalhador/usuário/família no processo de cuidado;descrever os efeitos das afecções no processo de subjetivação das pessoas que vivem com HIV/AIDS e os efeitos na integralidade do cuidado; propor a criação de um grupo de trabalho interprofissional e interserviços da rede municipal para instituir ações de monitoramento de abandono ao tratamento e ao seguimento, dedicando mais atenção ao cuidado desses indivíduos. Sua justificativa refere-se a uma possibilidade de se estudar algo que necessita de respostas no campo científico, que é de que maneira os caminhos, trilhas e afecções interferem no cuidado produzido às PVHA e nas conexões produzidas para a atenção á saúde. O participante da pesquisa não terá nenhuma despesa material e/ou financeira, bem como terá seu nome/identidade mantido em total segredo tanto pelo pesquisador, quanto pelo colaborador e instituição responsável pela pesquisa, já que serão utilizados pseudônimos ou códigos em substituição ao nome do (a) entrevistado (a), o que garante a privacidade dos mesmos. Será ainda garantido respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em toda a fase da pesquisa. Este estudo apresenta riscos mínimos aos sujeitos. Será garantida a proteção da privacidade e confidencialidade das informações. Para minimizar os riscos, será garantido o cuidado, a escuta, o respeito à autonomia e o devido sigilo dos dados. Devido ao risco de causar desconforto ou ansiedade durante a entrevista, a pesquisadora buscará evitá-los, buscando locais calmos e reservados para conversar com os entrevistados, e avaliará se os mesmos apresentam algum sinal de nervosismo, ansiedade ou desconforto em responder. Se mesmo assim, ocorrer desconforto do participante, a coleta será interrompida. Além disso, identificando-se situações que necessitem de apoio psicossocial, o(a) usuário(a) será encaminhado para atendimento com o serviço de psicologia e assistência social do SEMAE. Serão seguidas as recomendações sanitárias vigentes de utilização de máscara, distanciamento de no mínimo 150 cm entre as pessoas e será ofertado álcool 70%, bem como será estimulada a higienização frequente das mãos durante as entrevistas e a atividade grupal devido ao momento pandêmico vivenciado. A entrevista poderá ser realizada com o auxílio do gravador, em no máximo uma hora e marcado com antecedência a ser realizada em local e horário determinados pelo (a) entrevistado (a). No que se refere aos benefícios, ressaltamos que os mesmos não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos trabalhadores e usuários do Sistema de saúde. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos relacionados com possibilidades de gerarem incômodos e também aos benefícios, portanto o pesquisador responsável estará obrigado a suspender

a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante. Esclarecemos que em qualquer momento o (a) entrevistado (a) poderá obter da UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA através dos E-mails dos responsáveis pela pesquisa: mcsouzafisio@gmail.com / talipitanga2@gmail.com Coordenação da pesquisa: Prof. Márcio Costa de Souza Pesquisadora: Mestranda Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como, todos os procedimentos utilizados. Os pesquisadores só deverão divulgar os resultados da pesquisa em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Informamos que o entrevistado (a) tem o direito e a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para o mesmo se assim o desejar. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, os (as) entrevistado (as) pode(m) entrar em contato com a pesquisador responsável.

Salvador, de _____ de 2022.

Assinatura do entrevistado Pesquisador Responsável Pesquisador Colaborador

APÊNDICE B

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (trabalhador)

Nós convidamos você a participar do nosso estudo intitulado de Produção do cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS: caminhos, trilhas e afecções. Trata-se de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade do Estado da Bahia. Tem como pesquisador responsável o Professor Márcio Costa de Souza, co-responsável a Professora Márcia Cristina Graça Marinho e como colaboradora a Farmacêutica Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso, estudante do mestrado desta instituição. Os objetivos da pesquisa são Compreender os percursos

do cuidado produzido em Pessoas que vivem com HIV/AIDS que abandonaram a terapia antirretroviral ou tenham dificuldade na continuidade do cuidado a partir das afecções estabelecidas nos itinerários, bem como conhecer os vínculos produzidos entre trabalhador/usuário/família no processo de cuidado; descrever os efeitos das afecções no processo de subjetivação das pessoas que vivem com HIV/AIDS e os efeitos na integralidade do cuidado; propor a criação de um grupo de trabalho interprofissional e interserviços da rede municipal para instituir ações de monitoramento de abandono ao tratamento e ao seguimento, dedicando mais atenção ao cuidado desses indivíduos. Sua justificativa refere-se a uma possibilidade de se estudar algo que necessita de respostas no campo científico, que é de que maneira os caminhos, trilhas e afecções interferem no cuidado produzido às PVHA e nas conexões produzidas para a atenção à saúde. O participante da pesquisa não terá nenhuma despesa material e/ou financeiro, bem como terá seu nome/identidade mantido em total segredo tanto pelo pesquisador, quanto pelo colaborador e instituição responsável pela pesquisa, o que garante a privacidade dos mesmos. Será ainda garantido respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em toda a fase da pesquisa. Podemos ainda afirmar que, os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista individual que poderá ser realizada com o auxílio do gravador, em no máximo duas horas e marcado com antecedência a ser realizada em local e horário determinados pelos (as) participantes da entrevista individual, onde caso haja algum constrangimento durante a entrevista, o participante pode pedir para interromper, onde será respeitada a vontade. No que se refere aos benefícios, ressaltamos que os mesmos não são diretos aos participantes da pesquisa, mas a todos trabalhadores e usuários do Sistema de saúde. Neste sentido, tornam-se mínimos os riscos relacionados com possibilidades de gerarem incômodos e também aos benefícios, portanto o pesquisador responsável estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde do sujeito participante. Esclarecemos que em qualquer momento o (a) entrevistado (a) poderá obter da UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA VIDA MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA através dos E-mails dos responsáveis pela pesquisa: mcsouzafisio@gmail.com / talipitanga2@gmail.com Coordenação da pesquisa: Prof. Márcio Costa de Souza Pesquisadora: Mestranda Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como, todos os procedimentos utilizados. Os

pesquisadores só deverão divulgar os resultados da pesquisa em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Informamos que o entrevistado (a) tem o direito e a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para o mesmo se assim o desejar. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, os (as) entrevistado (a) pode entrar em contato com a pesquisador responsável.

Salvador, de de 2022.

Assinatura do entrevistado

Pesquisador Responsável

Pesquisador Colaborador

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA
DEPARTAMENTO CIÊNCIAS DA VIDA**

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data: Hora:
Início: Término:

1 Identificação do participante e características sociodemográficas

- idade

- escolaridade

- situação conjugal
- ocupação
- renda
- moradia/proveniência
- composição e história familiar

2 Produção do diagnóstico e do cuidado

- Tempo de diagnóstico e tratamento
- Impacto na vida social
- HIV versus sexualidade
- Sentido/significados da enfermidade para sua vida e rede de apoio

3 Itinerários terapêuticos

- Primeiro local de busca
- Autocuidado e cuidados familiares
- Acolhimento
- Vínculo e relações com os profissionais de saúde
- Tecnologias leves, leves-duras e duras
- Significação/ressignificação dos caminhos de cuidados

4 Barreiras, dificuldades e enfrentamentos no processo do adoecimento

- geográficas
- organizacionais
- econômicas
- culturais
- relações de poder e saúde como direito universal.

APÊNDICE D - PUBLICAÇÃO DE RESUMO EXPANDIDO NA REVISTA PRÁTICAS E



PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: ITINERÁRIOS E AFECÇÕES

PRODUCTION OF CARE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS: ITINERARIES AND AFFECTIONS

PRODUCCIÓN DE ATENCIÓN PARA PERSONAS QUE VIVEN CON VIH / SIDA: ITINERARIOS Y AFECCIONES

Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso ¹
Márcio Costa de Souza ²

Manuscrito recebido em: 15 de dezembro de 2020

Aprovado em: 28 de dezembro de 2020

Publicado em: 31 de dezembro de 2020

Palavras-chave: Assistência Centrada no Paciente; Assistência Integral à Saúde; HIV; AIDS.

Keywords: Patient-Centered Care; Comprehensive Health Care; HIV; AIDS.

Palabras clave: Atención centrada en el paciente; Atención Integral de Salud; VIH; SIDA.

Introdução

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) configura fenômeno universal, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo. Nesse sentido, a clínica desenvolvida pelo modelo biomédico se torna insuficiente para promover o cuidado integral dessas pessoas. Dessa forma, o olhar anátomo-fisiológico constituído na clínica descrito por Foucault reflete a impotência de utilização unicamente dessa perspectiva no processo do cuidar¹. As práticas em saúde se construíram de forma que o saber científico e a explicação biológica se colocaram hegemonicamente como verdade absoluta para os sofrimentos humanos,

¹ Especialista em Atenção Farmacêutica e Farmacoterapia Clínica pelo Instituto de Pós-graduação e Graduação. Farmacêutica na Prefeitura Municipal de Salvador.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9794-251X>
E-mail: talipitanga2@gmail.com

² Doutor em Medicina e Saúde Humana. Docente da Universidade do Estado da Bahia.
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4922-6786>
E-mail: mcsouzafisio@gmail.com



constituídos a partir de determinados lugares de poder, retirando totalmente das pessoas a possibilidade de cuidar de sua própria saúde. O cuidado não se faz apenas sobre a disfunção ou lesão dos órgãos, ele deve contemplar toda a existência de uma pessoa, por se tratar de um ser complexo, que, além do seu problema de saúde mais objetivamente identificado, traz sua história de vida, suas expectativas, desejos, relações de afeto, familiares e sociais, produzidas em determinado meio¹.

Diante de tal, Franco e Hubner¹ propõem a clínica dos afetos como uma prática que venha de forma imanente com que é considerado convencional. Reconhecem o afeto como gerador de potência capaz de estimular o autocuidado, e compreende o corpo afetivo como aquele capaz de interferir no curso natural da doença. O processo terapêutico requer que essas duas dimensões sejam contempladas para o cuidado em saúde.

Este estudo justifica-se devido ao fato de ser perceptível o quanto os vínculos estabelecidos entre profissional/usuário/família interferem de forma positiva na aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento antirretroviral e o quanto o estigma e preconceito ainda afastam o sujeito do resolveras suas necessidades de saúde.

O objetivo deste trabalho foi descrever sobre o cuidado produzido em pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) a partir das afecções estabelecidas nos seus itinerários.

Materiais e métodos

Trata-se de uma revisão de literatura de natureza exploratória na qual foram pesquisados artigos na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PUBMED. Os termos da busca foram itinerários terapêuticos, assistência integral à saúde, HIV e AIDS. Os critérios de inclusão foram artigos disponíveis na íntegra, que tinham como população principal adultos, nos idiomas português, inglês e espanhol e publicados nos últimos cinco anos. A análise consistiu na escolha dos artigos a partir do título, depois foi realizada a leitura do resumo e em seguida de todo o texto. Após as etapas sugeridas para análise sobre a temática estudada, foram selecionados 5 artigos científicos nas bases de dados.



Resultados e discussão

Apesar dos decréscimos das taxas de detecção e mortalidade, a AIDS ainda é um problema de saúde pública. Fatores que perpassam pelas afecções geradas durante o processo de diagnóstico e tratamento são preponderantes para compreender os processos de subjetivação desencadeados que impactam na morbimortalidade. A singularidade nos modos de levar a vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) que acessam os serviços e seu bem-estar subjetivo precisam ser considerados para que a produção do cuidado se desenvolva integralmente^{2,3}.

Estudos analisaram as percepções de quem vive com o diagnóstico de HIV/AIDS, e entre os principais relatos, o de considerar um momento doloroso foi destacado devido ao estigma relacionado a uma sentença de morte; medo de adoecer, da morte física e social; discriminação; que a falta de informação contribui para o impacto sofrido no momento da revelação do diagnóstico e adesão ao tratamento; dificuldades ao envolver-se afetivamente com outras pessoas devido ao medo de expor o diagnóstico ao parceiro e ter consequências como o abandono e a quebra do sigilo para terceiros; e dificuldades físicas para se manterem ativos no ambiente de trabalho⁴.

Outro aspecto encontrado que tem implicações importantes para o cuidado à saúde dessa população é a construção histórica e social da masculinidade diante do sentido que se atribui frente à vivência com HIV. Almanza e Gómez⁵ indicam que existe uma transformação na masculinidade, pois ao reconhecer a vulnerabilidade física, social e emocional diante do diagnóstico de HIV, a masculinidade hegemonicamente estabelecida de negação da fraqueza, das necessidades ou a presença de dor e mal-estar, a busca do controle físico e emocional e a manutenção de uma aparência de fortaleza e independência, adoção de condutas agressivas, de dominação física ou expor-se ao risco, a heterossexualidade compulsiva, o cumprimento do papel de provedor, o controle e a dominação das mulheres e o interesse contínuo por sexo dão lugar à construção de um ser que permite manter o autocuidado e normalizar a vida com o sofrimento.



Potenciais falhas nos itinerários terapêuticos também podem evidenciar a fragilidade das redes de atenção à saúde dedicadas a essa linha de cuidado. Em um estudo que teve como população residentes do município de Porto Alegre, em 50 dos 52 casos investigados de óbito causados por AIDS em 2015 existiu pelo menos uma situação caracterizável como falha, ocorrida pelo diagnóstico tardio da infecção pelo HIV e/ou por não conseguir acessar os serviços de saúde⁶. O perfil da população vítima de falhas evitáveis era majoritariamente de homens, com baixa escolaridade e tempo de até 2 anos entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e a morte e a tuberculose foi a causa de morte mais frequente, revelando fatores socioeconômicos como determinantes. O diagnóstico tardio foi igualmente evidenciado no estudo de Tariq e colaboradores³ além de revelar a baixa oferta de testagem, visto que dos 11 entrevistados que acessaram serviços de saúde profissionais antes da testagem, apenas três relataram que um profissional de saúde ofereceu ou recomendou um teste de HIV.

As relações humanizadas estabelecidas com os profissionais de saúde exercem um fundamental papel para produção dessas mudanças de percepções negativas do diagnóstico bem como da reconstrução do padrão hegemônico de masculinidade estabelecido que interfere no autocuidado. É através da clínica de afeto que o trabalho vivo produzido se potencializa e produz desterritorialização nos territórios existenciais, o que se consolida em ato a produção de vínculos entre trabalhador e usuário. Assim, confiança, atenção e afeto positivo são poderosas ferramentas de cuidado associados às ferramentas específicas de intervenção dos diferentes campos. Ou seja, o estímulo à utilização das tecnologias leves/relacionais promovem processos dialógicos potentes com aqueles a quem se pretende cuidar permitindo uma maior experimentação de saúde e felicidade. Esse vínculo permite uma diversidade de possibilidades na condução de projetos terapêuticos singulares (PTS) e a elaboração destes exige a consideração da história de vida dos usuários e seus itinerários, não possibilita, portanto, uma condução prescritiva do seu cuidado à saúde. Essa participação do sujeito na produção do cuidado é, portanto, pleno exercício de cidadania em busca de sua autonomia^{2,7,8}.



Além dos vínculos construídos entre sujeito e trabalhador, a interação dos trabalhadores durante a construção do processo de cuidar interprofissional e colaborativo centrado no paciente cria uma potência de deslocamento de foco para um horizonte mais amplo sendo capaz de provocar mudanças no modelo de atenção à saúde com potencial impacto na qualidade da atenção e na construção de projetos de vida com mais intensidade nas pessoas que vivem com HIV/AIDS².

Considerações Finais

Portanto, diante da revisão realizada pode-se concluir que as afecções desencadeadas durante os itinerários das pessoas que vivem com HIV/AIDS exercem interferências importantes na aceitação diagnóstica, na reconstrução da masculinidade dos homens que vivem com HIV e no estabelecimento do autocuidado dessas pessoas. Além disso, que o diagnóstico tardio ainda é uma realidade e que é necessário aumentar a oferta da testagem em todos os níveis de atenção.

Destarte, faz-se necessário estabelecer estratégias que ampliem o olhar profissional para além da clínica, com uma percepção da necessidade do outro a partir de um cuidado integral e humanizado diante de uma perspectiva subjetiva. E desta maneira, proporcionem espaços que permitam a utilização de tecnologias leves como ferramentas capazes de aprimorar os encontros entre os profissionais de saúde e os usuários e assim potencializem este momento e reflitam na efetividade das ações de atenção a saúde desta população.

Conflitos de interesse

Não há conflitos de interesses de ordem pessoal, política ou econômica/financeira declarados pelos autores relacionados a essa pesquisa.



Agradecimentos

Agradecemos à equipe multidisciplinar do SEMAE-Liberdade pela partilha diária e aos pacientes por serem fonte incansável de inspiração pela busca em sermos cada dia melhores como pessoas e profissionais.

Referências

1. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. *Saúde debate*. 2019; 43 (spe6):93-103.
2. Lima R, Almeida C, Vieira L. A pessoa medicada e o HIV/AIDS: subjetividade, adesão ao tratamento e biopolíticas. *Revista Subjetividades*. 2015; 15 (3): 375-388.
3. Tariq S, Hoffman S, Ramjee G, Mantell JE, Phillip JL, Blanchard K, et al. "Eu não via necessidade de fazer o teste antes, tudo estava indo bem com a minha saúde": um estudo qualitativo sobre a tomada de decisão sobre o teste de HIV em KwaZulu-Natal, na África do Sul. *AIDS Care*. 2018; 30 (1): 32-39.
4. Maciel, KL, Milbrath VM, Gabatz RIB, Freitag VL, Silva, MS, Santos, BA. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. *Rev Cuid*. 2019; 10(3): e638.
5. Almanza, A. M., Gómez, A. H. Masculinidades emergentes a través de la trayectoria del padecimiento: implicaciones para el cuidado de la salud de varones que viven con VIH. *Universitas Psychologica*. 2017;16(2): 217-225.
6. Mocellin LP, Winkler GB, Stella IM, Vieira PC, Beck C, Behar PRP et al. Caracterização dos óbitos e dos itinerários terapêuticos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade por Aids de Porto Alegre em 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde*. 2020; 29(3): e2019355.
7. da Silva MRF, Silveira LC, Pontes RJS, Vieira AN. O cuidado além da saúde: cartografiado vínculo, autonomia e território afetivo na saúde da família. *Rev Min Enferm*. 2015; 19(1): 249-254.
8. Branco BB, Barreto AC, Silva RA, Tavares LF, Cordeiro HP. Reflexões humanísticas em serviço de atendimento especializado em HIV. *Rev. Bioét*. 2020; 28 (1): 34-37.

**APÊNDICE E- CONSTRUÇÃO DE CONTEÚDO DIGITAL JUNTAMENTE COM A
TURMA DE ESTUDANTES DO PIASC PARA EDUCAÇÃO EM SAÚDE COM O TEMA
DE ISTs**

E.1 Orientações para mulheres que vivem com HIV: Cartilha informativa

<https://drive.google.com/drive/folders/1-sBLDL4fhZP0BVpsb1xjrdSQn1CxXCRj>

E.2. Guia de educação sexual

<https://drive.google.com/drive/folders/1-sBLDL4fhZP0BVpsb1xjrdSQn1CxXCRj>

Links dos podcasts:

<https://open.spotify.com/show/0lbosCHDbB8I6sqKB9E9SN>

<https://anchor.fm/natu00e1lia-oliveira437>

**E.3. Reels para publicação em redes sociais sobre educação em saúde sexual e prevenção de
violência contra a mulher**

Link dos Reels:

<https://drive.google.com/drive/folders/1whN9gTEz7k-tCGWnSTNDPCK9vexp3c>

APÊNDICE F- APRESENTAÇÃO DE RESUMOS NO CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA

RESUMO A: BARREIRAS DE ACESSO E SEUS IMPACTOS NOS CAMINHOS DO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso

Ana Beatriz Barros Ferreira da Silva

Rocío Andrea Cornejo Quintana

Caroline Raíza Dourado Lima

Magno Conceição das Mercês

Silvana Lima Guimarães França

Marcia Cristina Graça Marinho

Marcio Costa de Souza

INTRODUÇÃO

A compreensão das barreiras de acesso é essencial para entender os itinerários terapêuticos e produção do cuidado em qualquer processo que envolva questões relacionadas à saúde. Vale ressaltar que o conceito de acesso à saúde é complexo e multidimensional, visto que não se restringe exclusivamente ao uso, mas à liberdade em acessá-lo em tempo oportuno e a capacidade de atender às necessidades singulares de cada indivíduo.

Estas barreiras podem ser de natureza geográfica que se expressam no desafio do deslocamento; organizacionais, relacionadas à oferta de serviço e processos de trabalho; estruturais, ou seja, envolvidas com o acesso arquitetônico aos serviços de saúde comprometendo a acessibilidade a pessoas com deficiência; econômicas, custos/despesas relacionados ao processo de cuidado; comunicacionais, existentes quando não há informações e publicização de fluxos terapêuticos e

caminhos na rede; relacionais, que se revelam por meio da produção dos encontros entre trabalhador/usuário proporcionando múltiplos afetos e afecções durante a construção de trilhas e/ou itinerários terapêuticos que podem ser agravadas pelas questões raciais e de identidade de gênero.

Há, ainda, trabalhos que descrevem barreiras de acesso decorrentes da discriminação em consequência da vulnerabilidade da vida de qualquer outro que há uma relação de poder e dominação a partir de uma visão de autonomia individual ou soberania irrestrita. O não reconhecimento da precariedade da vida de todos dá lugar ao desenvolvimento da violência. Nesse contexto, tanto o racismo estrutural e o preconceito quanto à identidade de gênero e orientação sexual, evidenciam-se como importantes barreiras de acesso.

Para entender melhor os caminhos trilhados, alguns pesquisadores têm utilizado estudos que revelam os itinerários terapêuticos (IT) que investigam sobre as doenças, os sofrimentos e aflições enfrentadas por pessoas em cada experiência. Ele tem se mostrado importante ferramenta para a avaliação da integralidade e resolubilidade da rede de atenção à saúde, as quais contribuem para revelar os tensionamentos resultantes da experiência do adoecimento e a busca pelo cuidado por usuários e suas famílias.

O estudo sobre os caminhos do cuidado podem conceder uma compreensão singular e/ou coletiva acerca do processo de adoecimento em toda a sua longitudinalidade, desde o aparecimento dos primeiros sinais/sintomas, em seu diagnóstico, até a maneira pela qual a doença é interpretada pelo enfermo e seus familiares, e sobre como lidam com tal situação.

Assim, este estudo tem como objetivo descrever as implicações das barreiras de acesso à saúde aos caminhos de cuidado trilhados por pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) .

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, com período de coleta realizado entre julho e dezembro de 2021. A pesquisa abrange artigos científicos publicados em revistas indexadas com os mais diversos delineamentos, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português e inglês.

As buscas dos artigos foram realizadas nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram utilizadas as palavras-chave: *Barreiras de Acesso ao Cuidado de Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; HIV*, e suas respectivas traduções em inglês (acrescidas dos operadores booleanos “AND” e “OR”), escolhidas mediante consulta prévia aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O rastreamento foi realizado por meio das palavras encontradas nos títulos, assuntos e resumos dos artigos.

Alguns filtros disponíveis nas bases de dados foram adicionados para delimitação da pesquisa - textos completos; intervalo de ano de publicação: últimos 10 anos. Os artigos coletados foram selecionados por rastreio dos títulos (primeira etapa), resumos (segunda etapa) e leitura integral (terceira etapa). Posteriormente, foi realizada uma leitura exploratória dos estudos selecionados e, em seguida, leitura seletiva e analítica. O diagrama de fluxo PRISMA foi usado para identificação e seleção dos artigos.

O processo de seleção e extração de dados dos artigos, assim como a identificação dos aspectos metodológicos foi realizado por dois revisores independentes. Quando ocorria algum desacordo entre eles, os revisores liam novamente o artigo na íntegra para reavaliação. Se a divergência persistisse, um terceiro revisor poderia decidir quais estudos deveriam ser selecionados, entretanto, não houve necessidade.

RESULTADOS DA PESQUISA

A implementação das Políticas Nacionais de saúde integral da população negra e LGBT tem se demonstrado serem importantes estratégias de combate ao preconceito e discriminação estruturais em nossa sociedade dessas populações. Diante dessas barreiras, o itinerário, portanto, torna-se não linear, não seguindo os processos formais, as quais se resolvem às vezes com a construção de redes informais desencadeadas a partir das necessidades do sujeito e suas relações. Os privilégios não institucionais podem se aflorar nesse contexto, dando lugar a arbitrariedades de priorização de acesso sem ter a equidade como guia.

Quanto ao impacto dessa realidade, as análises apontam para perdas proporcionalmente maiores entre mulheres na cascata do cuidado. Assim, o acesso ao diagnóstico entre elas é maior, mas a vinculação e retenção nos serviços, a retenção em terapia e a supressão viral são menores em relação aos homens. Além disso, pessoas com idade jovem, cor da pele não branca, profissionais do sexo, privados de liberdade, identidade transgênero, analfabetos, residência rural, uso de álcool/ drogas injetáveis, falta de seguro de saúde, relação insatisfatória com profissionais dos serviços de saúde, dificuldade de transporte e saúde psicológica prejudicada também tendem a ter uma dificuldade de adesão ao tratamento antirretroviral, prejudicando assim a produção integral do cuidado.

Portanto, a consequência da imposição dessas diversas barreiras é a não efetivação do cuidado integral. Como estratégia a formação interprofissional, colaborativa e com o conhecimento dos trabalhadores ampliado sobre a linha de cuidado, podem facilitar o acesso, e reduzir os encaminhamentos desnecessários e as demandas reprimidas. Ademais, estimular o efetivo trabalho em rede através da articulação entre os trabalhadores dos diferentes níveis de atenção e otimização do apoio matricial por meio de especialistas consultores.

Outro caminho a ser trilhado é na publicização de fluxos assistenciais e o estímulo ao fortalecimento de uso de tecnologias leves relacionais e fortalecimento dos vínculos trabalhador-usuário e usuário-família-comunidade permitindo um alavancar da produção de cuidado. Tais estratégias permitem o estímulo da autonomia para o autocuidado, valorizando os encontros ocorridos, afetos e afecções desencadeadas no cotidiano como processo micropolítico para a qualificação deste e redução das iniquidades.

Importante ressaltar que, fatores ligados à gestão dos serviços também interferem nos IT como agendas lotadas, falta de tempo, estrutura deficiente com número reduzido de consultórios, pouco espaço, ventilação inadequada, número de profissionais insuficiente, elementos interligados que denotam uma deficiência importante no planejamento das ações e nos serviços para a atenção das PVHA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, é preciso considerar a perspectiva de valorização do cuidado abrangendo a vida e os modos de viver de cada indivíduo, criando ambiente de confiança e empatia com mais fluidez nas relações que possibilitem a visibilização de uma dimensão subjetiva no cuidar.

Além disso, a construção de ações efetivas de acolhimento para acolher as PVHA e conseqüentemente vencer a barreira da continuidade do tratamento e prevenção ao abandono também foi um fator apontado por usuários de serviços de saúde como algo que afasta o ser vivente do seu cuidar. Dessa maneira, percebe-se o quanto os itinerários terapêuticos sofrem intervenções diretas por fatores ligados às fragilidades apresentadas na RAS e suas articulações, além de questões imanentes aos processos subjetivos de cada ser. Essas tessituras precisam estar imbricadas num mesmo propósito para se alcançar a resolubilidade das necessidades singulares de saúde.

RESUMO B: ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS COMO FERRAMENTA PARA COMPREENSÃO DOS CAMINHOS TRILHADOS POR PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso

Ana Beatriz Barros Ferreira da Silva

Rocío Andrea Cornejo Quintana

Caroline Raíza Dourado Lima

Magno Conceição das Mercês

Silvana Lima Guimarães França

Marcia Cristina Graça Marinho

Marcio Costa de Souza

INTRODUÇÃO

O tema dos itinerários terapêuticos (IT) vem sendo utilizado como constructo teórico-metodológico em investigações sobre doenças, sofrimentos e aflições em pessoas em experiência de adoecimento. Ele tem se mostrado importante ferramenta para a avaliação da integralidade e resolubilidade da rede de atenção à saúde, ou seja, evidenciam os tensionamentos resultantes da experiência do adoecimento e a busca pelo cuidado por usuários e suas famílias.

O estudo sobre IT concede uma forma para compreender todo o processo de adoecimento de uma pessoa, desde o aparecimento dos primeiros sinais/sintomas, em seu diagnóstico, até a maneira pela qual a doença é interpretada pelo enfermo e seus familiares, e sobre como lidam com tal situação.

Desta forma, a hegemonia do modelo biomédico, ainda tão focado na patologia, edifica barreiras para o exercício dos princípios do SUS. Tal paradoxo presente no sistema público de saúde consegue afetar de forma negativa e direta toda a trajetória do cuidado dos usuários por impossibilitar a compreensão de questões subjetivas e psicológicas que acompanham qualquer doença.

Por esse motivo, o território do pluralismo terapêutico, ou seja, conjunto de cuidados e crenças sobre o corpo e a alma, a saúde e a doença, a partir da inserção em um sistema cultural se descortina como um modelo imanente de avaliação dos caminhos do cuidado. Nesse contexto, Kleinman propõe diferentes subsistemas terapêuticos classificados como profissional, folk e popular de acordo com as diferentes interpretações da doença e as diferentes práticas terapêuticas disponíveis e adotadas por cada indivíduo.

Assim, este estudo tem como objetivo descrever os fatores que interferem nos itinerários terapêuticos percorridos por pessoas que vivem com HIV/AIDS e a consequente resolubilidade de suas necessidades pela rede de atenção à saúde.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, com período de coleta realizado entre julho e dezembro de 2021. A pesquisa abrange artigos científicos publicados em revistas indexadas com os mais diversos delineamentos, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português e inglês.

As buscas dos artigos foram realizadas nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram utilizadas as palavras-chave: *Itinerários terapêuticos; Assistência ao Paciente; HIV*, e suas respectivas traduções em inglês (acrescidas dos operadores booleanos “AND” e “OR”), escolhidas mediante consulta prévia aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O rastreamento foi realizado por meio das palavras encontradas nos títulos, assuntos e resumos dos artigos.

Alguns filtros disponíveis nas bases de dados foram adicionados para delimitação da pesquisa - textos completos; intervalo de ano de publicação: últimos 10 anos. Os artigos coletados foram selecionados por rastreio dos títulos (primeira etapa), resumos (segunda etapa) e leitura integral (terceira etapa). Posteriormente, foi realizada uma leitura exploratória dos estudos selecionados e, em seguida, leitura seletiva e analítica. O diagrama de fluxo PRISMA foi usado para identificação e seleção dos artigos.

O processo de seleção e extração de dados dos artigos, assim como a identificação dos aspectos metodológicos foi realizado por dois revisores independentes. Quando ocorria algum desacordo entre eles, os revisores liam novamente o artigo na íntegra para reavaliação. Se a divergência persistisse, um terceiro revisor poderia decidir quais estudos deveriam ser selecionados, entretanto, não houve necessidade.

RESULTADOS

Os caminhos adotados, muitas vezes tortuosos, podem envolver tanto o medo do diagnóstico quanto a real dificuldade de acesso. Alguns indivíduos, mesmo se sentindo em uma situação de exposição ao HIV/AIDS, protelam buscar o serviço de saúde para realização da testagem. Outros buscam apenas quando já estão com sintomas que indicam mudança em seu estado de saúde. E outros quando tem relações sexuais com pessoa sabidamente vivendo com HIV ou por

desconfiança do parceiro estar infectado.

Quanto à busca do local para testagem, a Atenção Primária à Saúde como ordenadora do cuidado e do acesso à rede não tem sido local inicial de busca das pessoas para testagem na maioria das vezes, o que demonstra que a população constrói suas estratégias para resolver suas necessidades a partir de suas percepções de como o modelo de atenção em vigência é insuficiente e quais as trajetórias que podem potencializar o acesso a terapêuticas que julga importantes para seu cuidado, acionando o que chamamos de “rede viva”, ou seja, acessos de modo informal construídos através de relações interpessoais.

Assim, a adoção de outras estratégias de cuidado não necessariamente ligadas às racionalidades médicas tem se apresentado. A religião/crença, por exemplo, tem evidenciado importância nos processos de interpretação e tratamento de doenças e cura nesse espaço social, principalmente de forma concomitante ao cuidado biomédico tradicional.

Do ponto de vista das relações desenvolvidas com os profissionais de saúde durante o IT, sentimentos de medo, vergonha e culpa ocorrem em encontros entre usuários e profissionais de saúde, o que revela o quanto a falta de diálogo e acolhimento pode interferir negativamente no processo de cuidado.

A continuidade da terapêutica da TARV é um fenômeno complexo que contempla aspectos relacionados ao ser vivente, ao seu tratamento, e nas questões socioeconômicas envolvidas e nos processos imanentes de saúde-doença-cuidado. A falta de apoio emocional e financeira das famílias, a não aceitação do problema de saúde, os efeitos adversos dos antirretrovirais, a quantidade de comprimidos ingeridos diariamente, a periodicidade das consultas, o estigma da doença, o medo da morte e depressão foram fatores que interferiram de forma robusta na adesão à TARV. Além disso, a falta de proposta sistematizada para acolher as PVHA que tem dificuldade de continuidade do tratamento e prevenção ao abandono também foi um fator apontado por usuários de serviços de saúde como algo que afasta o ser vivente do seu cuidar.

Na população de adultos jovens as especificidades que interferem na adesão são ainda mais peculiares. A vivência da adolescência/juventude pode fragilizar a adesão devido a imaturidade, impulsividade e desejo de viverem intensamente algumas emoções. Para alguns jovens, viver com HIV na juventude implica em limitações, preocupação com o sigilo, e precisa enfrentar grandes desafios e conviver com incertezas constantes relacionadas à enfermidade.

Importante ressaltar que, fatores ligados à gestão dos serviços também interferem nos IT como

agendas lotadas, falta de tempo, estrutura deficiente com número reduzido de consultórios, pouco espaço, ventilação inadequada, número de profissionais insuficiente, elementos interligados que denotam uma deficiência importante no planejamento das ações e nos serviços para a atenção das PVHA.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, percebe-se o quanto os itinerários terapêuticos sofrem intervenções diretas por fatores ligados às fragilidades apresentadas na RAS e suas articulações, além de questões imanentes aos processos subjetivos de cada ser. Essas tessituras precisam estar imbricadas num mesmo propósito para se alcançar a resolubilidade das necessidades de saúde das pessoas num espaço de tempo demandado para cada situação.

RESUMO C: VULNERABILIDADES, ESTIGMA E PRECONCEITO DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: ELEMENTOS PARA UMA RUPTURA BIOGRÁFICA?

Ana Beatriz Barros Ferreira da Silva

Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso

Rocío Andrea Cornejo Quintana

Caroline Raíza Dourado Lima

Magno Conceição da Mercês

Silvana Lima Guimarães França

Marcia Cristina Graça Marinho

Marcio costa de Souza

APRESENTAÇÃO

No início da epidemia por HIV, por volta do início dos anos 1980, articulações discursivas biomédicas e midiáticas atribuíam a responsabilidade da epidemia aos homossexuais, estrangeiros, imigrantes e turistas, especialmente africanos e haitianos, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Isso potencializou a estigmatização sobre determinadas populações, particularmente a população negra e LGBTQIA+ e sua consequente resposta comportamental, a discriminação.

A estigmatização dessas minorias, à luz da biopolítica e mais atualmente pela necropolítica, evidenciam estratégias de controle sobre os corpos, a vida e a morte, por meio das teias de articulação dos micro-poderes fortalecidos pelo neoliberalismo que agenciam políticas de exceção. A desumanização do colonizado, hoje estigmatizado, é normalizada e a partir disso todas as atitudes de extermínio, de controle e eliminação das subjetividades fazem parte de um movimento de aceitação e silenciamento.

Desta forma, a ruptura biográfica tem sido uma perspectiva adotada por alguns estudiosos que buscam o entendimento dos processos de adoecimento no caso de diagnóstico de doenças crônicas, como é classificada hoje a infecção por HIV. A experiência do diagnóstico pode afetar os modos de existência, o que poderá conduzir a uma reconstrução de narrativas da vida.

Desta forma, esta pesquisa tem como objetivo descrever sobre os efeitos do estigma, preconceito e das vulnerabilidades em PVHA e as consequências na ruptura biográfica.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma revisão de literatura, com período de coleta realizado entre julho e dezembro de 2021. A pesquisa abrange artigos científicos publicados em revistas indexadas com os mais diversos delineamentos, publicados nos últimos 10 anos, nos idiomas português e inglês.

As buscas dos artigos foram realizadas nas bases de dados eletrônicas: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), PubMed e SciELO (*Scientific Electronic Library Online*). Foram utilizadas as palavras-chave: *Preconceito; Assistência Centrada no Paciente; HIV*; e suas respectivas traduções em inglês (acrescidas dos operadores booleanos “AND” e “OR”), escolhidas mediante consulta prévia aos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). O rastreamento foi realizado por meio das palavras encontradas nos títulos, assuntos e resumos dos artigos.

Alguns filtros disponíveis nas bases de dados foram adicionados para delimitação da pesquisa - textos completos; intervalo de ano de publicação: últimos 10 anos. Os artigos coletados foram selecionados por rastreio dos títulos (primeira etapa), resumos (segunda etapa) e leitura integral (terceira etapa). Posteriormente, foi realizada uma leitura exploratória dos estudos selecionados e, em seguida, leitura seletiva e analítica.

O processo de seleção e extração de dados dos artigos, assim como a identificação dos aspectos metodológicos foi realizado por dois revisores independentes. Quando ocorria algum desacordo entre eles, os revisores liam novamente o artigo na íntegra para reavaliação. Se a divergência persistisse, um terceiro revisor poderia decidir quais estudos deveriam ser selecionados, entretanto, não houve necessidade.

RESULTADOS

A resistência à discussão sobre identidade de gênero, reconhecimento social das profissionais do sexo, homossexualidade, direitos humanos, enfrentamento das desigualdades de gênero na sociedade, dentre outras discussões sociais que permeiam o combate à AIDS, interfere na assunção de que todas essas vidas são dignas e que devem ser construídas baseadas em projetos de felicidade. Portanto, a atual conjuntura aponta para uma contínua tensão entre o fazer viver e o deixar morrer em que ações de solidariedade precisam ser fortalecidas ao que foi denominada terceira epidemia da AIDS, a epidemia da discriminação contra PVHA.

Destarte, o diagnóstico de HIV representa muito mais do que uma doença que se não tratada pode ser fatal, representa um cenário de possibilidade de estigmatização e reestruturação dos modos de existência. Esse olhar do outro que determinam quais são os padrões de “normalidade” e enquadra os seres vivos em desviantes desse padrão gera culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização identitária, além do que se denomina morte social ou civil. Esta se trata do sentimento de abreviação da vida e de diminuição do espaço de vida e exercício da cidadania, assim, além do medo da morte, têm medo de viver, principalmente pelas consequências sociais da AIDS.

Deste modo, encarar a AIDS como apenas uma epidemia pode ser um equívoco, pois diante desse contexto, se torna também uma palavra de ordem que estabelece novos modos de agir, das práticas discursivas que contribuem para moldar uma cultura que invariavelmente pode ser prejudicial para uma sociedade que busca humanizar os processos de saúde-doença relacionados ao HIV.

Além disso, esse processo de estigmatização da população negra em relação a surtos epidêmicos reforça o quanto a área da saúde sofre influências do racismo estrutural e o quanto os estigmas fazem parte da estrutura de poder. Esses fatores contribuem para atravessamentos, agenciamentos e potencialização de eixos de opressão. Por esse motivo, a correlação entre raças e gêneros dominados e doenças sexualmente transmissíveis tende a ser um mecanismo eficaz de genocídio.

Os pressupostos trazidos pelo conceito de biopoder embasam o que ocorre na relação entre raça, gênero e saúde, em que o corpo da mulher negra, por exemplo, se torna objeto de múltiplas opressões. A biopolítica, a qual estabelece uma relação de poder sob coletivos e grupos, é um caminho adotado para a estigmatização desses seres vivos. Conectado a isso, as concepções colonialistas europeias e o imperialismo dos Estados Unidos permitem “deixar morrer” os segmentos de população que não entram nos parâmetros que podem contribuir para o desenvolvimento econômico e da ideia de modernização elitizada, justificando essa naturalização da dominação da vida e da morte desse público alvo. Além disso, a violência física e simbólica baseadas na hipererotização das mulheres negras culmina, ademais de outras implicações, na disseminação do HIV nessas pessoas.

Assim, diante dessa perspectiva, referir-se a saúde para essas pessoas não é falar somente de doenças e sim experiências que são vivenciadas pelo corpo. Bem como falar sobre cura não é falar somente de tratamentos, mas também de empoderamento. É igualmente fundamental desvelar as políticas de exceção existentes que delimitam acesso conforme raça/cor, classe e gênero elegendo-os ou excluindo-os de cuidados em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os problemas de saúde de um modo geral exigem uma reorganização de como a pessoa lida com sua rotina, rede social, laboral e familiar além de mudanças no autocuidado o que pode gerar processos de sofrimento psíquico. Para alguns seres, o diagnóstico de HIV não muda sua perspectiva de vida, seus desejos e expectativas quanto ao futuro, mas para outros há uma importante interdição de projetos de vida e fechar portas de antemão de sonhos e planos, gerando uma reconfiguração identitária.

Alguns desafios da nova realidade envolvem a tomada de medicamentos diariamente, as visitas regulares ao serviço de saúde e a revelação diagnóstica, fator em que quando não conseguem compartilhar o diagnóstico com familiares, o problema de saúde pode tornar-se um fardo. Diante desses fatores, o enfrentamento da nova realidade gera processos de subjetivação e significação profundos que podem levar pessoas a pensarem no suicídio.

Portanto, tal como um ser social é possível perceber o quanto o reconhecimento do PVHA perpassa pela sua relação consigo próprio e com a sociedade. O quanto à sociabilidade, apoio mútuo e amparo estatal permitem a reescrita da vida a partir das sensações de não controle sobre a ordem, sentido e coerência da vida, reconquistando modos de produção de vidas existenciais potentes.

APÊNDICE G- PROJETOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA POLÍTICA DE AÇÕES AFIRMATIVAS VINCULADOS AO PROJETO DO MESTRADO

**Título do Subprojeto 1: BARREIRAS DE ACESSO EM PESSOAS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA
ESPECIALIZADA- SEMAE: UM OLHAR A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE**

DISCENTE: Débora Lopes dos Santos

Resumo do Subprojeto:

O conceito de acesso à saúde é complexo e está associado não só ao uso do serviço, mas à liberdade em acessá-lo em tempo oportuno e a capacidade de atender às necessidades de cada indivíduo (THIEDE; AKWEONGO; MCINTYRE, 2014). Diante disso as barreiras de acesso à saúde podem ser classificadas em barreiras geográficas, que estão associadas a desafios no deslocamento; organizacionais, relacionadas à oferta de serviço e processos de trabalho; estruturais, ou seja, envolvidas com o acesso arquitetônico aos serviços de saúde comprometendo a acessibilidade a pessoas com deficiência; econômicas, custos/despesas relacionados ao processo de cuidado; comunicacionais, existentes quando não há informações e publicização de fluxos terapêuticos e caminhos na rede; além disso relacionais, que se revelam por meio da produção dos encontros entre trabalhador/usuário e estas podem ser agravadas pelas questões raciais e de identidade de gênero (SANTOS et al., 2021; CASTRO et al., 2021). Neste sentido um olhar a

partir da interseccionalidade pode ser visto como uma forma de analisar estruturas que produzem e sustentam resultados de saúde desiguais entre as diferentes populações, desta forma é capaz de mapear as desigualdades em saúde com mais precisão, e portanto, de traçar direções mais eficazes para as políticas e o desenvolvimento de programas em saúde. (KAPILASHRAMI, 2018).

Objetivos:

Geral

Conhecer as Barreiras de acesso existentes no cuidado em saúde e a sua relação com a interseccionalidade no cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Objetivos Específicos:

Entender as relações entre as barreiras de acesso e fatores como identidade de gênero, raça e vulnerabilidade social em pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Compreender o impacto das barreiras de acesso na produção do cuidado de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Justificativa:

O racismo estrutural e o preconceito quanto à identidade de gênero e orientação sexual se caracterizam como importantes barreiras de acesso. Estes fatores alicerçam preconceitos que de forma interseccional discriminam PVHA, negros, gays, de religiões de matriz africana, bem como grupos pertencentes a minorias identitárias. (BRASIL, 2019; BRASIL, 2011; CRF, 2021). Desta forma, faz-se necessários estudos que caracterizem as barreiras presentes no cuidado em saúde de pessoas que vivem com HIV/AIDS. Assim como as relações de aspectos como identidade de gênero, pobreza e raça e os seus impactos na vida e acesso em saúde. Para mim a oportunidade de realizar este tipo de pesquisa de forma ativa durante a graduação, fornece subsídio para a formação profissionais mais atentos, sensíveis e empáticos a estas realidades.

Metodologia:

TIPO DE ESTUDO

Este é um estudo de caráter qualitativo exploratório em que será utilizada uma entrevista semiestruturada como meio de produção dos dados para análise.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais denominada Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

Critérios de inclusão

Usuários acompanhados pelo serviço médico de Infectologia, com diagnóstico de HIV, de ambos os sexos sem restrição de identidade de gênero ou orientação sexual, sem restrição de idade que apresentam histórico de abandono de TARV ou diagnóstico tardio.

Critérios de exclusão

Pessoas com comorbidades que não estão relacionadas ao HIV/AIDS ou associados a efeitos adversos da terapia antirretroviral.

TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS

A metodologia escolhida para analisar os dados foi a análise temática adaptada por Minayo (2012). Os temas surgem a partir da leitura flutuante e exaustiva de todo o material produzido. A construção das categorias foi feita por dois pesquisadores a fim de evitar possíveis vieses.

ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados será feita a partir das falas de pessoas que vivem com HIV/AIDS a partir da leitura minuciosa e posteriormente será extraído a expressão da subjetividade linguística adquirida através da entrevista, após isso será realizado uma leitura de caráter exploratório e correlações com os conhecimentos já adquiridos pela comunidade científica acerca do tema.

Organização dos dados a partir da transcrição das gravações, diário de campo, com o intuito de organizar a leitura das entrevistas adquiridas através da pesquisa. Posteriormente será realizada a organização dos dados e as narrativas serão agrupadas para a formulação de categorias temáticas que serão definidas a partir da análise das narrativas

Riscos e Benefícios da Pesquisa

Segundo a resolução CNS 196/96 em seu capítulo V é considerado que toda pesquisa que envolve seres humanos pode ter riscos. Em decorrência disso, este estudo pretende minimizar qualquer risco que tenha dimensão física, psíquica, intelectual, social, cultural, espiritual ou moral para os sujeitos envolvidos. Diante disso, este estudo pode oferecer riscos durante a coleta dos dados, devido ao constrangimento com alguma pergunta, cansaço ou estresse em relação ao tempo dedicado a responder ao questionário.

Como benefícios, a pesquisa apresenta a possibilidade de se estudar e produzir conhecimento sobre um tema importante, e assim contribuir com a produção de melhorias no cenário da saúde, principalmente no que concerne sobre o processo de trabalho em saúde, a resolutividade do cuidado que poderá contribuir para uma melhor atenção à saúde desta população.

Resultados esperados:

Espera-se que sejam descritas as barreiras de acesso presentes entre as pessoas que vivem com HIV/ AIDS e da mesma forma que sejam determinados seus impactos nos cuidados em saúde, sobretudo impactos relacionados à identidade de gênero, raça e pobreza.

Produtos esperados (se houver):

Espera-se a produção de artigo científico e com isso a produção de um conhecimento que traga a comunidade científica e população de forma geral dados sobre as barreiras de acesso e a importância do estudo e cuidado em saúde voltado para a interseccionalidade.

Referências bibliográficas e/ou documentais:

CASTRO, A.M. M. de et al. Barreiras ao acesso a serviços de saúde à pessoa com deficiência no Brasil: uma revisão integrativa. **Práticas e Cuidado: Revista de Saúde Coletiva**, Salvador, v.2, n.e11351, p.1-25, 2021.

KAPILASHRAMI, A., & Hankivsky, O. Interseccionalidade e por que é importante para a saúde global. *The Lancet*, **391 (10140)**, 2589–2591, 2018.doi: 10.1016 / s0140-6736 (18) 31431-4.

SANTOS, L. M. V. R. et al. Barreiras de acesso em mulheres que vivem com câncer de mama. *Rev. UNILUS ensino e pesquisa*, v.8, n.50, jan/mar 2021.

THIEDE M.; AKWEONGO P; MCINTYRE D. Explorando as dimensões do acesso. In: MCINTYRE, D; MOONEY, G. (Org.). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

Título do Subprojeto 2: A MORTE OU VIVER COM HIV/AIDS: PERCEPÇÃO SOBRE O PÓS DIAGNÓSTICO DE PESSOAS ATENDIDAS EM UM SERVIÇO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA - SEMAE: UM OLHAR A PARTIR DA INTERSECCIONALIDADE.

DISCENTE: Thaynara Martins Brito

Resumo do Subprojeto:

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) configura fenômeno universal, dinâmico e instável, cujo cuidado não se faz apenas sobre a disfunção ou lesão dos órgãos, ele deve contemplar toda a existência de uma pessoa, porque ela é um ser complexo, que, envolve expectativas, desejos, relações de afeto, familiares e sociais, produzidas em determinado meio (FRANCO; HUBNER, 2019). A revelação do diagnóstico afeta profundamente a vida dessas pessoas envolvidas. Desse modo, o presente projeto propõe-se a analisar os impactos do pós-diagnóstico das pessoas com HIV/AIDS.

O desenvolvimento desse projeto visa mostrar a história de vida dos pacientes, suas relações de afeto, desejos e expectativas, buscando sempre trazer impactos positivos no percurso de cuidado em saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Entender a percepção do viver com HIV/AIDS e a perspectiva da morte no pós diagnóstico.

Objetivos específicos:

Descrever sobre os processos de subjetivação sobre o viver e a expectativa de morrer no pós diagnóstico de pessoas que vivem com HIV/AIDS;

Discutir sobre o enfrentamento das pessoas que vivem com HIV/AIDS em relação ao seu cotidiano e a expectativa da morte no pós diagnóstico;

Justificativa:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é a apresentação clínica de deficiência imunológica ocasionada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A revelação deste diagnóstico é uma comunicação que afeta profundamente a vida das pessoas envolvidas tanto profissionais quanto pacientes.

É nesse cenário carregado de estigmas, onde os pacientes têm os mais diversos questionamentos relacionados à doença, principalmente no que tange ao seu futuro e ao seu lugar de sujeito no mundo. A imersão nessa nova realidade transforma os seus modos de ser, de se relacionar consigo e também altera sua relação com os outros, sendo comum a presença dos estigmas de fraqueza, imoralidade e isolamento, questionando sobre a morte ou o viver com HIV/AIDS (LOBO, 2020). Desse modo, essa pesquisa faz-se necessária para analisar os processos de subjetivação sobre o viver e a expectativa de morrer no pós diagnóstico de HIV/Aids, considerando seus impactos psicossociais e afetivos.

METODOLOGIA:

TIPO DE ESTUDO

A trajetória metodológica a ser utilizada na pesquisa será apreciada em uma abordagem qualitativa que será utilizada uma entrevista semiestruturada como meio de produção dos dados para análise.

LOCAL DO ESTUDO

O estudo será realizado numa unidade de referência municipal para a atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais denominada Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE.

PARTICIPANTES DA PESQUISA

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Usuários acompanhados pelo serviço médico de Infectologia, com diagnóstico de HIV, de ambos os sexos sem restrição de identidade de gênero ou orientação sexual, sem restrição de idade que apresentam histórico de abandono de TARV ou diagnóstico tardio.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Pessoas com comorbidades que não estão relacionadas ao HIV/AIDS ou associados a efeitos adversos da terapia antirretroviral.

TÉCNICA DE PRODUÇÃO DOS DADOS

A metodologia escolhida para analisar os dados foi a análise temática adaptada por Minayo (2012). Cujo temas surgem a partir da leitura flutuante e exaustiva de todo o material produzido. A construção das categorias foi feita por dois pesquisadores afim de evitar possíveis vieses.

ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados será feita a partir das falas de pessoas que vivem com HIV/AIDS a partir da leitura minuciosa e posteriormente será extraído a expressão da subjetividade linguística adquirida através da entrevista, após isso será realizado uma leitura de caráter exploratório e correlações com os conhecimentos já adquiridos pela comunidade científica acerca do tema.

Organização dos dados a partir da transcrição das gravações, diário de campo, como o intuito de organizar a leitura das entrevistas adquiridas através da pesquisa. Posteriormente será realizada a

organização dos dados e as narrativas serão agrupadas para a formulação de categorias temáticas que serão definidas a partir da análise das narrativas.

RISCOS E BENEFÍCIOS DA PESQUISA

Segundo a resolução CNS 196/96 em seu capítulo V é considerado que toda pesquisa que envolve seres humanos pode ter riscos. Em decorrência disso, este estudo pretende minimizar qualquer risco que tenha dimensão física, psíquica, intelectual, social, cultural, espiritual ou moral para os sujeitos envolvidos. Diante disso, este estudo pode oferecer riscos durante a coleta dos dados, devido ao constrangimento com alguma pergunta, cansaço ou estresse em relação ao tempo dedicado a responder ao questionário.

Como benefícios, a pesquisa apresenta a possibilidade de se estudar e produzir conhecimento sobre um tema importantes, e assim contribuir com a produção de melhorias no cenário da saúde, principalmente no que concerne sobre o processo de trabalho em saúde, a resolutividade do cuidado que poderá contribuir para uma melhor atenção à saúde desta população.

Resultados esperados:

Expecta-se entender que ao ser diagnosticado com o HIV representa muito mais do que uma doença, representa um cenário de possibilidade de estigmatização com impactos psicossociais e afetivos. Gera culpa, vergonha, raiva, confusão e desorganização identitária, além do que se denomina morte social ou civil. Esta trata-se do sentimento de abreviação da vida e de diminuição do espaço de vida e exercício da cidadania. Além do medo da morte, têm medo de viver.

Produtos esperados (se houver):

Como produto desse trabalho, é esperada a criação de um artigo científico de relevância para o cenário acadêmico, de tal forma, que promova uma espaço de educação permanente para os trabalhadores, expondo as maneiras de como lidar com as concepções de morte pelas pessoas que vivem com HIV, demonstrando que o diagnóstico do HIV, não significa uma morte eminente.

Referências bibliográficas e/ou documentais:

LOBO, A. S. A revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicossociais. Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v.9, n.2, 174-189. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v9i2.2833, 2020.

FRANCO, Túlio B.; MOREIRA, Luis Carlos. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando? Saúde debate, v. 43, n. spe6, Rio de Janeiro, 2019.

Título do Subprojeto 3: VULNERABILIDADE SOCIAL, PRECONCEITO E DISCRIMINAÇÃO: O COTIDIANO PARA QUEM VIVE COM HIV/AIDS

DISCENTE: Evelin Duarte Serpa

Resumo:

Na década de 80, o Brasil se deparou com a pandemia de infecção por HIV e casos de imunodeficiência adquirida, secundária a essa infecção, dos quais foram notificados 900 mil casos. Com a transmissão autóctone do vírus, foram reproduzidos estigmas e a doença se tornou justificativa para manutenção da opressão de grupos que já eram por si só vulneráveis e marginalizados: homossexuais, negros, pobres, mulheres. Para além do risco de morte e coinfeção de doenças deformante secundária a imunodeficiência como, por exemplo, sarcoma de kaposi esses pacientes, tiveram que conviver com preconceito, repulsa e invisibilização na sociedade. Atualmente, com advento das terapias antirretrovirais, a pessoa que vive com esse vírus consegue ter uma qualidade de vida semelhante àqueles não reagentes, porém ainda existe uma vulnerabilidade social e opressões associadas a essa comorbidades, como também são ferramentas de exclusão para grupos que já sofrem marginalização, no qual a soma desses fatores se traduzem em sofrimento psíquico. É imprescindível então, garantir não só o tratamento do HIV, mas a inserção dessas pessoas na sociedade e desmistificação acerca da patologia, que é crônica e infecciosa como outras que não possuem os mesmos estigmas.

Objetivos

Geral

Conhecer os modos de produção de vida para quem tem o diagnóstico de HIV/AIDS e a relação com a vulnerabilidade social.

Objetivos Específicos:

Descrever os preconceitos e discriminação experienciadas em pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Analisar a relação dos preconceitos e discriminação potencializadas com a vulnerabilidade social em pessoas que vivem com HIV/AIDS

Metodologia

A pesquisa será realizada no Serviço de Atenção Especializada Serviço ambulatorial em HIV/Aids (SEMAE), instituição de experiência no atendimento multidisciplinar para essa população, no qual serão incluídos pacientes que fazem acompanhamento no ambulatório, que possuam o diagnóstico de HIV/AIDS, sejam maiores de idade e aceitem participar da pesquisa.

A amostra terá sido contemplada quando o pesquisador perceber que as respostas obtidas não levarão a uma nova descoberta, tendo em vista os aspectos contidos no instrumento, atingindo assim o cumprimento aos objetivos da pesquisa. Minayo (2017) se refere a saturação dos dados quando um estudo não possui mais informações, que venham a ser clarificadoras para o objeto estudado durante o processo de coleta de dados, além de ressaltar em seu estudo, que este método não necessariamente precisa ter um tamanho de amostra quantificável, mas que o pesquisador deve perceber, que o desenho e o escopo do estudo são de relevância para provocar um impacto positivo na validação dos resultados.

Serão excluídos participantes menores que 18 anos ou que não aceitem participar da pesquisa. Os resultados serão construídos a partir dos dados que serão coletados por meio de uma entrevista semiestruturada, contendo dados acerca da identificação da participante, características sociodemográficas, produção do diagnóstico e do cuidado, impactos causados pela doença, experiência do adoecimento, vulnerabilidade social e preconceito.

Será realizada a entrevista semiestruturada de acordo com Poupart et al. (2008). Para isso, serão realizadas leituras exploratórias e correlações entre a literatura científica e o referencial teórico com a prática e os fatos experienciados também serão realizadas. Vale ressaltar que, a experiência do processo saúde doença projeta nos discursos dos sujeitos envolvidos uma construção social diante da sua história de vida singular e coletiva, portanto, é de fundamental importância apreender através das narrativas as subjetividades e singularidades, sem dissociar das questões que sociais que permeiam o cotidiano dessas vidas (MACEDO et al, 2008).

Desta forma, pretende-se realizar a ordenação dos dados a partir da transcrição das gravações, diário de campo, com o intuito de organizar a leitura do material produzido na pesquisa. Posteriormente, será realizada a classificação dos dados com a construção de unidades de registro, após terem sido identificados, as narrativas serão agrupadas para a formulação de categorias temáticas que serão definidas a partir do que emergir das narrativas. Após esta fase, realizaremos a análise final com apropriação e diálogo com o que foi produzido na pesquisa com o que se tem apresentado cientificamente. Cabe ressaltar que a coleta de dados somente será realizada após explicação da pesquisa e colheita das assinaturas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Como trata-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, após autorização da instituição de saúde, o projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Estado da

Bahia, sendo respeitada a Resolução 466/2012, que trata sobre pesquisa envolvendo seres humanos. No que tange aos riscos da pesquisa, vale explicitar que essas possibilidades serão constantemente minimizadas. Devido ao risco de causar desconforto ou ansiedade durante a entrevista, a pesquisadora buscará evitá-los, buscando locais calmos e reservados para conversar com os entrevistados, e avaliará se esses apresentam algum sinal de nervosismo, ansiedade ou desconforto em responder. Se mesmo assim, ocorrer desconforto do participante, a coleta será interrompida. Como benefícios, a pesquisa apresenta a possibilidade de se debater sobre um tema relevante, e assim colaborar na produção de melhorias no cenário da saúde, principalmente no que concerne sobre o processo de trabalho em saúde, a resolutividade do cuidado que poderá contribuir para uma melhor atenção à saúde desta população.

Resultados esperados

É esperado que a população que convive com HIV/AIDS sejam vítimas cruentas das violências que a sociedade projeta em seus corpos, somada a vulnerabilidade que é ser portador de uma doença crônica incurável, infecciosa, transmissível e estigmatizante, para além das opressões já pré-existentes e estruturais que coexistem com a patologia. Então, quando realizada a interseccionalidade de ser negro, pobre, mulher, homossexual, lésbica ou qualquer outra minoria social no Brasil, o sofrimento desse indivíduo é potencializado, implicando no cuidado em saúde pautada no modelo biomédico centrada na figura do profissional de saúde.

Produtos esperados

Apresentação em eventos científicos, a construção do relatório final e de um artigo científico que será enviada para periódicos da área estudada.

PROJETO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA VOLUNTÁRIA

Título do Subprojeto 4: O ESTIGMA DO ADOECER COM HIV/AIDS: UM OLHAR SOBRE A RUPTURA BIOGRÁFICA.

Discente: Ana Beatriz Mercês

Resumo do Subprojeto:

O surgimento do HIV/AIDS é visto como um fator social e histórico que trouxe sob sua incumbência uma carga de vulnerabilidade social marcante, bem como alguns preconceitos e dúvidas a respeito dessa doença (ARAÚJO, 2014; CARVALHO & PAES, 2011). A descoberta do

HIV que sucedeu no início da década de 80, ocasionou fortes estigmas em indivíduos que vivem com HIV a partir de articulações discursivas biomédicas e midiáticas baseadas no desconhecimento da fisiopatologia e dos fatores etiológicos do HIV. A princípio, foram atribuídas a alguns grupos sociais a responsabilidade da epidemia, potencializando a estigmatização sobre o vírus e determinadas populações (SILVA, 2019). Mesmo com os avanços do ponto de vista biomédico e com o conhecimento de que o HIV não tem preferência por um grupo social específico, a estigmatização diante o adoecer com HIV/AIDS ainda pode trazer uma sensação de finitude quanto aos projetos de vida no âmbito pessoal e/ou profissional (MALISKA *et al.*, 2009). O conceito seminal de ruptura biográfica ganhou centralidade ao mostrar que a cronicidade, como é classificado hoje a infecção por HIV, pode provocar descontinuidades na vida do indivíduo e na sua interação social, provocando, por um lado, mudanças no seu comportamento, e por outro, respostas para uma reconstrução do ritmo de vida (CASTELLANOS; BARROS; COELHO, 2018). Portanto, tal como um ser social é possível perceber o quanto o reconhecimento do indivíduo com HIV perpassa pela sua relação consigo próprio e com a sociedade. Assim, faz-se necessário a visibilização desses indivíduos como pessoas, seres produtores de desejos e potências de viver, além de refletir e discutir como a sociabilidade, apoio mútuo e amparo estatal podem fazer uma reescrita na vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Objetivos:

Objetivo Geral:

Compreender os estigmas experienciados no processo de adoecimento de pessoas que vivem com HIV/AIDS sob a ótica da ruptura biográfica.

Objetivos específicos:

Analisar o processo do adoecimento as consequências no cotidiano da vida das pessoas com HIV/AIDS;

Descrever os efeitos provocados pela ruptura biográfica ocorrida em pessoas que vivem com HIV/AIDS;

Justificativa:

A relevância desse trabalho se baseia na medida em que o acesso em saúde assim como o suporte social das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) é prejudicado, tendo em vista a vigência de práticas e ideologias discriminatórias e estigmatizadas em nossa sociedade. Dessa forma, o preconceito diante essa população se faz presente, de forma irrefutável, no cuidar e no sofrimento (vivência de estigma) de PVHA. Complementar a isso, tem-se os efeitos que a ruptura biográfica provoca nas pessoas que vivem com HIV/AIDS, tendo nesse processo uma análise da dimensão subjetiva onde estigmatização personalizada, auto-imagem negativa, atitudes públicas, revelação e manutenção de um diálogo acerca da doença, podem causar impactos nocivos na vida desses indivíduos. Para tanto, a falta de publicações acadêmicas e científicas acerca do tema, somado a motivação pessoal e afetiva dos pesquisadores, resultou num possante projeto que busca, com o risco de ser presunçoso, promover ideias e propostas que possam contribuir com informações que subsidiem e conduzam práticas relacionadas ao cuidado dessa população em suas múltiplas dimensões.

Metodologia:**TIPO DE ESTUDO**

A trajetória metodológica a ser utilizada na pesquisa será apreciada em uma abordagem qualitativa, exploratória com preferência da História de Vida para interpretação das vivências relatadas. Em grego, *histaur* significa aquele que sabe, conhece e que pode, então, contar e produzir um relato. Dessa forma, o método de história de vida torna-se relevante para análises sociológicas, por permitir o contato direto com o “vivido” das pessoas, com a “matéria-prima” fundamental da investigação social (FERRAROTI, 2007, p. 16). Além disso, Ferraroti reforça que tal método transforma o pesquisador em sujeito e objeto de pesquisa e a relação entre ele e o sujeito que narra se situa no mesmo pé de igualdade (NOGUEIRA et al, 2017).

CAMPO DE ESTUDO

A pesquisa será realizada numa unidade de referência municipal para atenção especializada a PVHA, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais denominada Serviço Municipal de Assistência Especializada - SEMAE. A unidade está localizada no Distrito Sanitário da Liberdade, cidade de Salvador, capital do Estado da Bahia. O SEMAE foi instituído no ano de 2005, oferta serviços das especialidades de infectologia, infectopediatria, hepatologia, ginecologia, nutrição, assistência farmacêutica, psicologia, serviço social, enfermagem, odontologia e atualmente acompanha mais de 2.300 pacientes.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Os participantes do estudo serão pessoas acompanhadas no serviço e os trabalhadores que lá atuam. Por ser uma pesquisa de natureza qualitativa, não há uma quantidade definida de participantes a serem estudados. Minayo (2017) ressalta que estudos dessa natureza não necessariamente precisam ter um tamanho de amostra quantitativa, mas que o pesquisador deve perceber, que o desenho e o escopo do estudo são de relevância para provocar um impacto positivo na validação dos resultados. Sendo assim, a amostragem ideal é aquela que possibilita observar as múltiplas dimensões do fenômeno estudado.

A partir da saturação das respostas, a composição da amostra será selecionada.

Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado (NASCIMENTO et al, 2017).

Ademais, ressalta-se que como critério de inclusão serão entrevistados usuários acompanhados pelo serviço médico de infectologia, com diagnóstico de HIV, adultos jovens 18 a 24 anos de ambos os sexos sem restrição de identidade de gênero ou orientação sexual, que apresentem histórico de abandono de TARV. Todo e qualquer usuário que não tiver comorbidades relacionadas ao HIV/AIDS ou associados a efeitos adversos da terapia antirretroviral, estarão enquadrados nos critérios de exclusão.

TÉCNICA DE PRODUÇÃO DE DADOS

A metodologia escolhida foi a de entrevista semiestruturada para apreensão dos dados a serem coletados. Esta ferramenta, segundo Minayo (2012), visa apreender o ponto de vista dos sujeitos, na qual a mesma facilita a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação, o que deixa o pesquisador e o participante do estudo livres para discorrer sobre o tema proposto (MERHY et al., 2014).

Será exposto o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), ressaltando a garantia do anonimato e livre escolha de sair da pesquisa a qualquer momento. Durante as entrevistas será utilizado um gravador como forma de garantir a fidedignidade dos depoimentos, todavia, será apenas utilizado com a devida autorização do participante. Para realização da entrevista semiestruturada, a mesma possuirá um roteiro em que se divide em quatro tópicos e que cada tópico tem alguns subtópicos.

ANÁLISE DOS DADOS

A análise será feita a partir da construção de tema que foi adaptado por Minayo (2012). Estes temas surgem a partir da leitura flutuante e exaustiva das falas de PVHA nas entrevistas, extraindo a expressão da subjetividade linguística de todo o material produzido.

Transcrição de gravações, releitura de material, organização de gravações, dados do diário de campo e da análise documental serão estruturados a fim de sistematizar os dados para uma análise. Posteriormente a organização destes dados, as narrativas serão agrupadas para a formulação de categorias temáticas que serão definidas a partir da análise das narrativas.

Resultados esperados:

Expecta-se entender as variáveis que os estigmas e preconceitos se manifestam na produção de cuidado e no itinerário de tratamento das PVHA em um Serviço Municipal de Assistência Especializada- SEMAE. Sugere-se que será um desafio lidar com essa pesquisa, porque, como preconiza as literaturas estudadas nesse projeto, as condições de visibilidade do cuidado integral, igualitário e qualificado que uma pessoa que vive com HIV/AIDS requer estão distantes do que orientam as leis e diretrizes do SUS.

Além disso, o estudo pretende colaborar na melhoria das rotinas de produção de cuidado às PVHA e intensificar o cuidado produzido à pessoa que lida com a terapia antirretroviral (TARV) dessa doença.

Esse estudo visa ainda contribuir com a literatura científica, pois irá discutir um tema complexo e pertinente ao contexto da saúde, além de fomentar reflexões críticas sobre o cuidado produzido no serviço de saúde. Certamente, essas reflexões potencializam os profissionais leitores desse trabalho a rever e refletir suas condutas diante desse cenário, além de expor informações para o público em geral que tencione se informar diante o tema.

Produtos esperados (se houver):

Como produto desse trabalho, é esperada a criação de um artigo científico de particular relevância para o cenário acadêmico, de tal forma, que o cuidado de PVHA perpassasse as barreiras do meio hospitalar e chegue às unidades de atendimento primário, sendo as unidades básicas uma ferramenta de acompanhamento e cuidado dessa população. Assim como alcance todas as estruturas sociais a fim de refigurar o olhar da sociedade no geral perante o adoecer com HIV/AIDS.

Referências bibliográficas e/ou documentais:

CASAES, Nilton Raimundo Rêgo. **SUPORTE SOCIAL E VIVÊNCIA DE ESTIGMA: um estudo entre pessoas com hiv/aids.** 2007. 124 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador/Ba, 2007. Disponível em: https://pospsi.ufba.br/sites/pospsi.ufba.br/files/nilton_casaes.pdf. Acesso em: 28 jul. 2022.

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer; BARROS, Nelson Filice de; COELHO, Sandra Straccialano. Rupturas e continuidades biográficas nas experiências e trajetórias familiares de crianças com fibrose cística. **Ciência & Saúde Coletiva**, [S.L.], v. 23, n. 2, p. 357-368, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.16252017>.

COUTO, A. A. R. D et al. **Análise epidemiológica da imunodeficiência adquirida no município de Oiapoque/AP, no período de 2001 a 2011.** 2014. Dissertação (Mestrado em CIÊNCIAS DA SAÚDE) - Universidade Federal do Amapá. Disponível em: <https://www2.unifap.br/ppcs/files/2014/09/Janete-Silva-Ramos.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2022.

FONTENELES, Amanda de Oliveira; SILVA FILHO, Ronaldo Barbosa da; SIMÕES, Sara Rebeca de Carvalho. **Sofrimento psíquico em pessoas que vivem com o HIV/AIDS.** 2020. 13 f. TCC (Graduação) - Curso de Enfermagem, Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos – Uniceplac, Gama-Df, 2020. Disponível em:

FREITAS, Julyana Gomes de *et al.* Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da Usp**, [S.L.], v. 46, n. 3, p. 720-726, jun. 2012. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342012000300026>.

LOPES, Fernanda Tarabal; COSTA, Alessandra de Sá Mello da. Political exile in the post-2019 Brazilian context: history of exile and work-existence/resistance of a brazilian intellectual. **Cadernos Ebape.Br**, [S.L.], v. 19, n. 2, p. 307-324, jun. 2021. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1679-395120200038>.

MONTAGNER, M. I.; MONTAGNER, M. ÂNGELO. Ruptura biográfica, trajetórias e habitus: a miséria do mundo é um câncer. **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. Pág. 193-216, 29 jun. 2011. Disponível em: <https://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/975/916>. Acesso em: 27 jul. 2022.

NASCIMENTO, Luciana de Cassia Nunes *et al.* Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 71, n. 1, p. 228-233, fev. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.

OLIVEIRA, Mariana de Moraes Duarte; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. **Mulheres que vivem com HIV/aids: Vivências e Sentidos Produzidos no Cotidian.** *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 28, n. 3, e61140, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RFFQyq48WQYqXVMzFM8pxPG/?lang=pt>. Acesso em: 26 jul. 2022.

SILVA, Felipe Cazeiro da. **Histórias posit(HIV)as de gays e pessoas trans: dos estigmas à cidadania.** 2019. 174f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2019.

SOUZA, E. C. de. Post-it: Narrativas biográficas e doenças crônicas. **Linhas Crí-ticas**, [S. l.], v. 24, p. e18956, 2018. DOI: 10.26512/lc.v24i0.18956. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/linhascriticas/article/view/18956>. Acesso em: 26 ago. 2022.