

## BARREIRAS DE ACESSO AO CUIDADO INTEGRAL EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

BARRIERS TO ACCESSING COMPREHENSIVE CARE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

BARRERAS DE ACCESO A LA ATENCIÓN INTEGRAL EN PERSONAS QUE VIVEN CON VIH/SIDA

Mayana Carneiro da Silva<sup>1</sup>  
Ketilli Janine Teixeira dos Santos<sup>2</sup>  
Juliana Thayara Ferreira Bina<sup>3</sup>  
Jairose Nascimento Souza<sup>4</sup>  
Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso<sup>5</sup>  
Juliana Alves Leite Leal<sup>6</sup>  
Marcio Costa de Souza<sup>7</sup>

**RESUMO:** Esse artigo buscou analisar as barreiras que impedem o acesso ao cuidado integral às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) dentro de uma unidade especializada. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório realizado em um centro especializado em PVHA, outras ISTs e Hepatites Virais em uma cidade do Nordeste. A amostra foi determinada pela saturação de respostas e os dados produzidos através de questionário semiestruturado, aplicado em usuários maiores de 18 anos. A interpretação seguiu a Análise de Conteúdo Temática. A soropositividade repercute nos usuários em amplos aspectos, inclusive, no acesso ao cuidado integral, inviabilizado por entraves, como estigma social, habilidade técnico-relacional, escassez estrutural, desorganização do serviço, carência do autocuidado e falha nas práticas de cuidado em saúde. Diante disso, é preciso discorrer acerca da temática visando mudanças positivas na atenção à saúde.

1

**Palavras-chave:** Acesso aos Serviços de Saúde. HIV. Integralidade em Saúde.

**ABSTRACT:** This article aimed to analyze the barriers that prevent access to comprehensive care for people living with HIV/AIDS (PLWHA) within a specialized unit. It is an exploratory qualitative study conducted at a center specialized in PLWHA, other STIs, and viral hepatitis in a city in the Northeast. The sample was determined by response saturation, and the data were collected through a semi-structured questionnaire administered to users over 18 years old. The interpretation followed Thematic Content Analysis. Seropositivity affects users in many aspects, including access to comprehensive care, which is hindered by obstacles such as social stigma, technical-relational skills, structural shortages, service disorganization, lack of self-care, and failures in healthcare practices. Therefore, it is necessary to discuss this topic with the aim of promoting positive changes in healthcare.

**Keywords:** Access to Health Services. HIV. Comprehensiveness in Health Care.

<sup>1</sup>Discente de Enfermagem, Membro do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>2</sup>Discente de Enfermagem, Membro do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>3</sup>Psicóloga Clínica, Membro do Núcleo de Pesquisa Integrada em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>4</sup>Mestranda em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>5</sup>Mestre em Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

<sup>6</sup>Doutora em Enfermagem, Professora Titular da Universidade Estadual de Feira de Santana.

<sup>7</sup>Doutor em Medicina e Saúde Humana. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Feira de Santana.

**RESUMEN:** Este artículo buscó analizar las barreras que impiden el acceso al cuidado integral para las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS) dentro de una unidad especializada. Se trata de un estudio cualitativo exploratorio realizado en un centro especializado en PVVS, otras ETS y Hepatitis Virales en una ciudad del noreste. La muestra se determinó por la saturación de respuestas y los datos se produjeron mediante un cuestionario semiestructurado aplicado a usuarios mayores de 18 años. La interpretación siguió el Análisis de Contenido Temático. La seropositividad repercute en los usuarios en amplios aspectos, incluso en el acceso al cuidado integral, dificultado por barreras como el estigma social, la habilidad técnico-relacional, la escasez estructural, la desorganización del servicio, la carencia de autocuidado y la falla en las prácticas de cuidado en salud. Ante esto, es necesario discutir la temática buscando cambios positivos en la atención sanitaria.

**Palabras clave:** Acceso a los Servicios de Salud. VIH. Integralidad en Salud.

## INTRODUÇÃO

A princípio, a síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) causada pelo HIV, através de relações sexuais desprotegidas com pessoa soropositiva, compartilhamento de objetos perfuro cortantes, transfusão de sangue contaminado e por meio da transmissão vertical teve grande repercussão desde seus primeiros episódios na década de 1980, nos Estados Unidos, trazendo consigo significativas potencialidades àqueles que convivem com a infecção para além do enfraquecimento imunológico (Colaço et al., 2019).

No Brasil, a resposta frente à epidemia, que se assolou de maneira acelerada, coincidiu com o enfrentamento de uma grave crise social, política e econômica e consolidou-se verdadeiramente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, uma política institucional que foi construída em consonância com os direitos humanos (Maliska, Padilha, Andrade, 2014).

Na compreensão dessa realidade, têm-se o cuidado integral, como uma das diretrizes básicas do SUS com o intuito de ofertar aos cidadãos ações e serviços que tenham uma concepção ampliada de saúde, como sujeitos singulares, dignos de que suas necessidades sejam atendidas de forma individual e/ou coletiva. Contudo, o presente viver alberga barreiras que dificultam o acesso das Pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) a esse cuidado em sua totalidade.

Alguns aspectos são determinantes para interferir no cuidado integral dessa população, dentre eles, o estigma social por trás da doença, que possui pormenores e apresenta-se como um obstáculo pertinente ao carregar consigo uma nova leitura biográfica: a soropositividade como certeza da morte. Nesse sentido, o diagnóstico da soropositividade para o HIV é encarado como

uma “sentença letal”, um momento de fragilização do usuário diante do impacto do diagnóstico (Colaço et al, 2019).

Para os usuários envolvidos nessa perspectiva, a desinformação produzida por tal estereótipo leva a não procura do cuidado em saúde, afastando-o, conseqüentemente, do serviço especializado e da possibilidade de uma intervenção terapêutica. Por isso, é imprescindível o envolvimento da equipe de saúde na busca por um acolhimento eficaz com explicação de todas as nuances que perpassam a temática ao desmistificar ideais errôneos.

Por conseguinte, em outro aspecto, mas sob a mesma lógica, o HIV, infelizmente, mesmo diante da perspectiva de uma vida longa e saudável com o uso contínuo do antirretroviral, por vezes, transforma a vida dos indivíduos soropositivos de modo a trazer a solidão como consequência análoga à infecção. Com isso, a omissão do diagnóstico, como alternativa para se precaver das injúrias e estigmas que permeiam a doença, é por muitos preferível mesmo que o processo envolvendo a descoberta e o tratamento sejam difíceis, escolhendo a solidão ao ato de compartilhar esse episódio de sua vivência.

As interpretações da sociedade perante a história de descoberta e desenvolvimento do HIV construiu um sentimento intolerante e deixou como herança uma forte discriminação às pessoas que vivem com HIV/AIDS. Dessa forma, a inserção destes no corpo social foi dificultada, já que muitos preferem enfrentar esse momento sozinhos, sem a presença de familiares ou amigos, acreditando que ao omitir sua condição sorológica estarão livres do preconceito que o assombram (Dias et al., 2021).

Muitas representações sociais enraizaram-se na perspectiva da infecção, desde “descuido”, “promíscuo” até mesmo “irresponsável”, estereótipos errôneos, mas que ainda imperam no imaginário da sociedade, em termos de moralidade. Essas representações atreladas ao senso comum fomentam o ideal de “carimbador” como alguém que deseje transmitir o vírus de propósito, por meio da “perversão” (Guarnieri et al., 2024).

Outrossim, reconhece-se a vulnerabilidade precedente no identificar da infecção como irrevogável, visto que, naturalmente às pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) podem se sentir mais fragilizadas nesse processo de reconhecimento da doença, sendo relevante um apoio profissional nesse acolhimento e auxílio ao cuidado integral já pré-estabelecido.

Sob essa lógica, a equipe deve estar devidamente preparada para elucidar todas as premissas que envolvem à infecção, servindo como suporte técnico, e emocional aos usuários,

isto é, o serviço de saúde funciona como um espaço importante para adquirir conhecimento e facilitar a aceitação frente ao tratamento, transformando o modo de enxergar o diagnóstico, não como um caminho tortuoso, mas como uma possibilidade de cuidado (Guarnieri et al., 2024).

Ademais, nesse contexto, mesmo que o indivíduo tenha direito à saúde e a continuidade do processo de cuidado, faz-se imprescindível ainda que mesmo dentro do serviço especializado este tenha consciência e a experiência de estar sendo acolhido em todos os sentidos, seja em uma equipe que garanta o sigilo profissional ou até em um ambiente que estruturalmente atenda a todas as demandas.

Sendo assim, segundo De Moraes (2020) com o intuito de que seja ofertado serviços de qualidade, deve-se ser assegurado a capacidade técnica, a qualidade interpessoal do ambiente e administrativa, ou seja, não depende apenas da equipe, mas também da estrutura do local, dos protocolos atualizados, materiais, boa relação com os usuários e gerência adequada dos serviços, que respondam às necessidades dos usuários e dos profissionais de maneira simultânea.

Apesar do Ministério da Saúde trazer a terapia antirretroviral como método pertinente ao favorecer uma melhor qualidade de vida para os indivíduos infectados pela síndrome da imunodeficiência adquirida, a desorganização do serviço de cuidado torna distante esse ideal. Assim, premissas relacionadas à gestão organizacional indicam má atuação no planejamento de ações para o cuidado efetivo dos sujeitos viventes com HIV/AIDS (Cardoso et al., 2022).

Para além disso, já é reconhecido o impacto que uma equipe de profissionais habilitados pode fazer pelo bem-estar do paciente, mas pouco se fala sobre o que este indivíduo pode realizar por si próprio. Dessa forma, para que o tratamento com o antirretroviral retarde a progressão da doença é preciso compreender os conceitos relacionados ao viver e conviver com a infecção, desenvolvendo um autocuidado que proporcione a prática de atividades visando o seu benefício, em busca da manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Silva et al., 2022).

Contudo, ter e exercer o conhecimento científico no âmbito da saúde é de fato uma dádiva para a viabilização do acesso ao cuidado integral, pois orienta o usuário de maneira assertiva, sem desinformações, mas algumas dimensões do cuidar também devem fazer parte desse processo, no intuito de que este seja efetivado. Com isso, entende-se o acolhimento como um exercício de valorização do diálogo entre a equipe e o usuário em qualquer oportunidade

relacional, seja na recepção, na consulta, nos exames, a acolhida se faz presente demonstrando ao sujeito que naquele espaço ele é ouvido e respeitado (Assis et al., 2015).

Além disso, é imprescindível que os profissionais exerçam suas funções de forma natural e segura estabelecendo um elo entre os envolvidos, a fim de que a confiança seja base estruturante e provedora do cuidado em sua essência. Nesse âmbito, o vínculo é visto como um instrumento potencializador desse ato de cuidar ao proporcionar o desenvolvimento comunicacional entre o profissional e o usuário, a partir de laços afetivos elaborados e fortalecidos a cada encontro (De Lima, 2019).

Todavia, para que essa dimensão seja posta em prática na unidade é necessário que os trabalhadores estejam em sintonia quanto a responsabilidade de seus deveres, isto é, cada profissional deve entender que seu papel na vida daqueles indivíduos foge do ideal meramente técnico, firmando um compromisso de atender, acolher, partilhar as informações do contexto em questão, sanar as dúvidas, disponibilizar o medicamento e garantir que este esteja sendo devidamente utilizado, e caso não, deve-se entender por qual motivo isso está ocorrendo. Logo, há uma preocupação do serviço em valorizar as subjetividades e as individualidades de cada usuário de forma a tornar a terapêutica mais assertiva (Assis et al., 2015).

O estudo teve como objetivo analisar as barreiras que impedem a completude do acesso ao cuidado integral às pessoas com HIV/AIDS (PVHA) dentro de uma unidade especializada de um município do interior baiano com enfoque desde o acolhimento inicial no processo de descoberta da infecção até os retornos terapêuticos e psicossociais que envolvem o tratamento.

Por conseguinte, o aprofundamento da pesquisa busca compreender minuciosamente os pontos principais que dificultam o estabelecimento do cuidado integral frente a um sujeito composto por histórias, vivências, medos precedentes à infecção. Sendo assim, reconhecer a existência de tal problemática fomenta a discussão e possibilita o desenvolvimento de ações e estratégias direcionadas à uma resolutividade do acesso à saúde equitativa e de excelência.

Logo, o estudo justifica-se por contribuir para a elaboração de estratégias com o intuito de modificar o cenário dos desafios que dificultam a garantia do acesso à integralidade do cuidado na atenção às pessoas com HIV/AIDS sob a ótica dos usuários do serviço especializado de uma cidade do Nordeste brasileiro. Com isso, espera-se que a pesquisa abra caminhos para desenvolver a temática em outras discussões na busca por soluções eficazes que possibilitem a garantia do direito à saúde evidenciada pela equidade.

## MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório realizado em um serviço de saúde enquadrado como referência municipal para a atenção especializada às pessoas que vivem com HIV/AIDS, detentoras de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais em uma cidade do Nordeste.

A definição dos participantes da pesquisa foi estabelecida por meio dos critérios: ter o diagnóstico de HIV/AIDS, estar sendo acompanhado no ambulatório por mais de um ano, além de ter idade superior à 18 anos, compondo em seu histórico no processo de cuidar a dificuldade de manutenção do tratamento ou abandono de Tratamento Antirretroviral (TARV). No que tange a exclusão, atende-se ao critério pessoas que tiverem outra doença infecto-contagiosa concomitante. Em relação a amostragem, utilizou-se como método a técnica de saturação das respostas, em que define o número de participantes no momento em que o pesquisador nota que os objetivos da pesquisa propostos foram contemplados durante a produção dos dados, e assim, não há mais informações capazes de ampliar a discussão proposta (Fontanella; Ricas; Turato, 2008).

Para a produção dos dados, foi aplicada a técnica da entrevista semi-estruturada, com auxílio de roteiro direcionado à produção, com o intuito de contemplar o que foi planejado. Destaca-se, dessa forma, que as entrevistas foram gravadas em um gravador digital do aparelho celular de marca Motorola G23 mediante autorização do entrevistado, em local privativo, livre de qualquer possibilidade de proliferação e/ou escuta do momento da entrevista, sob a responsabilidade do pesquisador. Caso algum entrevistado queira desistir da entrevista, em qualquer instância, será respeitada sua decisão.

Posteriormente à produção dos dados, iniciou-se o momento da interpretação dos dados, a qual é alicerçada na Análise de Conteúdo temática (Dias, Mishima, 2023). Esta análise parte da concepção inicial da pré análise, que se constitui com o início da coleta dos dados e, a organização do material produzido por meio da transcrição das gravações, e em seguida, a leitura do material de forma exaustiva e flutuante. Diante desta ação, e através da conexão dos pesquisadores com a leitura das entrevistas, os dados foram classificados, contemplando na conformação da interpretação dos sentidos, significados e mito nas falas dos entrevistados, em que é conduzida por meio da construção de unidades de registro, denominadas de núcleos de

sentido, após terem sido identificados, estas seguiram para o agrupamento em categorias temáticas.

Após isso, foi realizada a análise final, constituindo uma trilha interpretativa, que consiste em uma planilha a qual é atribuída relação entre as falas e seus respectivos núcleos de sentido/categorias, objetivando produzir a síntese vertical e horizontal. Posteriormente a esta atividade, houve procura por conexão e diálogo do que foi produzido na pesquisa com o que se tem apresentado no mundo científico sobre a temática.

Destaca-se ainda que a pesquisa teve início após o convite e aceite dos participantes com a devida assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Esta pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia sob o parecer de nº 5.991.828 e CAAE 54898221.4.0000.0057, e a mesma está alicerçada com as normas brasileiras que regem a pesquisa com seres humanos que estão previstas na Resolução de nº 466/2012 e nas normas aplicáveis à pesquisa em Ciências Humanas e Sociais previstas na Resolução de nº 510/2016.

## RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para que fosse realizado a análise das barreiras existentes frente ao cuidado integral às pessoas que vivem com HIV/AIDS, assim como, das práticas de cuidado elencadas, foram utilizados núcleos de significação como instrumento na compreensão dos sentidos que constituem os resultados encontrados (Aguiar; Ozella, 2006).

### **Estigma social - Soropositividade como certeza da morte**

O contexto das barreiras de acesso à integralidade do cuidado permeia o viver e conviver com o vírus inviabilizando a continuidade dessa diretriz tão experienciada no Sistema Único de Saúde. Com isso, Parker e Aggleton (2003) definem o estigma como processo social associado a noções mais amplas de poder e dominação desvalorizando alguns grupos e fazendo com que outros se sintam superiores.

Nesse sentido, é possível observar fortemente a presença do estigma social nas falas dos usuários, impactando diretamente na representatividade da doença para com o usuário e sua relação com a sociedade. Esse obstáculo, ainda, carrega consigo uma nova leitura bibliográfica,

em que a soropositividade se apresenta como sentença de morte (Colaço et al, 2019). Sendo visível a seguir:

“Porque assim, o HIV hoje em dia mesmo tendo tantas informações tem pessoas que acham que você já tá morto, e que você contamina até no tocar. E tem aquele preconceito “ah já tá com o pé na cova”. Um amigo meu mesmo descobriu através de um cunhado dessa mulher minha, aí ele descobriu que ela tava e ele sabia que eu ia tá também, porque eu era casado com ela. Aí ele saiu contando pra família dele e a família dele saiu contando pra aquelas pessoas que me conheciam, ainda teve um que chegou pra mim e disse “Quem vai querer mais conta? Barriado”. Aí as pessoas se afastaram.” (E4)

“Assim, porque eu tinha até medo da verdade. Se ele morreu, eu também vou morrer. Então eu não quero saber da verdade.” (E7)

“Rapaz, de início, eu fiquei sem chão. Não vou mentir, pensar, porque eu não tinha muita informação sobre. Eu já pensava que ia morrer.” (E15)

De fato, reconhece-se nos relatos que mesmo diante da gama de informações elucidativas acerca da doença perante a evolução do tratamento com antirretrovirais, ainda é visível a percepção do diagnóstico como um meio para o fim da vida (Carrapato; De Resende; Dos Santos, 2014). O enraizamento dessa entrave compromete a efetividade do acesso ao cuidado integral em pessoas que vivem com HIV, contribuindo para o isolamento e a discriminação do sujeito, tendo em vista que, este ao imergir inicialmente na cronicidade da doença tende a refletir sobre a proximidade com a morte (Maciel et al, 2019).

### **Estigma social - Omissão do diagnóstico**

Ademais, infere-se que o diagnóstico positivo apesar de ser encarado como uma ação estressante aos envolvidos, sejam eles profissionais ou usuários, constitui-se com a capacidade de diminuir incertezas e contribui para a adesão ao tratamento (Colaço et al, 2019). Entretanto, por vezes, os usuários demonstram-se relutantes em tornar público a soropositividade, mesmo para aqueles pertencentes a um ciclo mais íntimo, justamente, pelo medo da discriminação, e de como outros vão reagir com a notícia. Nota-se nas seguintes falas:

“Olha, eu não pretendo contar para os meus familiares, até porque eu não sei como é que eles vão receber isso, né?... Então, as pessoas precisam de tempo. Então, agora eu não estou com tempo para lidar com outras pessoas. Eu tenho que me concentrar com mim mesmo. Eu vou guardar essa informação o máximo possível, aí na minha intimidade, comigo mesmo. Tentar lidar com isso. Quando for oportuno, eu posso falar para uma ou duas pessoas, mas isso não vai ser uma coisa pública. Não pretendo tornar isso uma informação pública, até porque é da intimidade.” (E1)

“Na verdade, eu num tenho...hmm... sei lá... Porque a gente, não vai se sentir bem, eu num sei como vai reagir... Como uns reagem e vai reagir... Porque assim, a gente convive super bem, mas a gente não sabe como vai ser a reação de quem sabe. Aí eu não conta pra minha família, meu esposo não conta pra ninguém da família dele. Então só um filho do meu esposo que sabe e ninguém mais... E Deus, né.” (E3)

“Porque tem muita gente que acha que você é um bicho, ou algo do tipo, porque eu já vejo muitos comentários mesmo na internet, falando de algumas pessoas, que abrem para falar com pessoas que não tem, igual eu tinha no início, que não tinha muita informação, e nos comentários falam, nossa, tão bonito ter uma doença dessa, ou coisas do tipo, dessa forma, entendeu? Existe essa discriminação. Então, por isso que as pessoas muitas das vezes têm esse receio de falar ou algo do tipo, que você tem.” (E15)

O estigma relacionado à infecção pelo vírus da imunodeficiência se manifesta de duas formas principais, dentre elas tem-se o estigma externo, sob o qual atribui-se uma percepção negativa a um indivíduo a partir de características que lhe são conferidas, com o intuito de afastá-lo de um lugar social e o estigma interno, em que construções são internalizadas pelas pessoas que vivem com HIV, afetando a sua própria avaliação, tratamento e, nesse caso, a forma de expressão da doença (Maldonado; Blanco; Rendón, 2016).

Sob essa ótica, os entrevistados referem não partilhar da informação sobre a infecção, estando despreparados para lidar com as reações das pessoas, sendo notório, dessa forma, que estes não esperam ser acolhidos ao ter consciência do estigma que envolve a condição do HIV.

### Estigma social - Um olhar para os estereótipos

As representações sociais são resultados da interação e dos fenômenos de comunicação no interior de um grupo social e quando partilhada e reproduzida no coletivo tem o poder de definir os diferentes aspectos da realidade (Antunes; Camargo; Bousfield, 2014). Atrelado a isso, erroneamente, ainda se faz frequente a lógica pautada na relação entre o HIV e os aspectos depreciativos de descuido e “depravação”. É possível observar tal correlação nas falas adiante:

“Que você... Que você é uma pessoa... É... Depravada. Que você é uma pessoa que... É... Ou faz programa ou é promíscua. De que você... É... É uma pessoa que não está aí nem para nada. E também... De que você vai acabar infectando todo mundo.” (E1)

“É...Logo aí que a gente vai ouvir: não se cuidava, não se cuidou, por quê você pegou isso? Eu mesmo não sei...Nem meu esposo mesmo sabe como foi... Eu mesmo não me importo de agora em diante... A gente vive super bem.” (E3)

“Diferencia muito. Porque, de certa forma, a doença foi conhecida no início por conta de uma doença transmitida com pessoas homoafetivas. Então, de certa forma, isso já influência.” (E15)

Nesse sentido, de forma infeliz, o corpo social associa comportamentos sexuais diversos como modo irregular de viver a vida, enxergando-os como determinantes da soropositividade (Fonseca; Santos; Araújo; Sampaio, 2020).

Por isso, identifica-se certa convergência nas falas apresentadas, quando estas albergam uma reflexão acerca do forte estigma presente na sociedade em relação à doença, relacionado a pensamentos distorcidos enraizados no corpo social na tentativa de criar um padrão para

indivíduos com HIV positivo, isto é, descuidados e promíscuos, sem responsabilidade com a saúde individual e coletiva, mesmo que a suscetibilidade, esteja presente para todos, seja de conhecimento amplo.

### Habilidade técnico-relacional

Para Souza e Silva (2013), a competência científica dos profissionais de saúde está intrinsecamente relacionada à dimensão cognitiva, sendo de responsabilidade destes orientar, informar e apoiar de forma correta, ampliando o conhecimento dos usuários na tomada de decisões assertivas para com sua saúde e bem-estar.

Entretanto, alguns relatos esboçam uma fragilidade da habilidade técnico-relacional dos trabalhadores em saúde no agir profissional, impactando, desse modo, diretamente no cuidado à pessoa com HIV, seja na falta de instrução para a realização de exames específicos até a desassistência em uma unidade, como observa-se a seguir:

“Às vezes tem profissional de saúde... Que não tem praticamente conhecimento nenhum sobre o HIV. Acha que até na saliva você vai passar o vírus. Até em falar com você.” (E1)

“Com a cirurgia marcada, aí eu vim pedir à doutora o papel, ela me deu. Só que eu senti que fizeram com nojo ou com medo, a médica que operou, que era pra sustentar isso aqui por causa do olho que não fecha por causa do derrame, e ela fez a cirurgia tão rápido que me mandou pra casa, passou o tempo, quando eu cheguei em casa, depois de 2 dias pra tirar o esparadrapo pra começar a usar o medicamento o olho tava do mesmo jeito, os pontos não ficou. E aí eu continuei fazendo esse tratamento lá, mas toda vez que chegava a minha vez acontecia alguma coisa, e eu nunca consegui. Aí eu fiquei receiado e larguei de ir lá, agora eu tô em outro e não falei o que eu tenho, pra não acontecer a mesma coisa, ficarem me jogando de escanteio. Só me jogaram de escanteio por causa disso, então eu senti um desconforto por causa disso. Foi a única vez que eu me senti assim. Aí você fica receiado de falar por causa disso, o preconceito é grande, o preconceito ainda é bem grande a respeito disso.” (E4)

“Eu descobri assim, foi muito difícil porque eu não sei nem como eu contrai ela na verdade. Aí eu comecei a perder peso e aparecer umas coisas no corpo, uns caroços. Eu fui no médico várias vezes os médicos detectaram dizendo que era trombose ??, e passaram um monte de remédio, quase que eu acabei com o estoque de remédio da farmácia. Aí agora não houve jeito, eu fiz uns 80 exames, levei e mostrei no médico, vim aqui em Feira, fiz todo tipo de exame, menos esse do HIV.” (E9)

Infere-se que mesmo sendo atendidos por profissionais da saúde, em que é esperado, diante de um cenário ímpar e desconcertante, acolhimento eficaz e tradução do conhecimento de forma técnica e verdadeira, ocorre, no entanto, a disseminação de informações incoerentes e tratamento rude para com os usuários.

Por isso, segue como relevante a qualificação de profissionais na perspectiva de estarem preparados para o desenvolvimento de ações em saúde, com enfoque em educação em saúde,

formas de prevenção e a importância do uso contínuo do antirretroviral, a fim de firmar e fortalecer a habilidade técnica destes (Damião et al., 2022).

### **Escassez estrutural**

O atendimento às pessoas que vivem com HIV/AIDS envolve diversos fatores, dentre eles, estrutura física adequada, garantia de materiais e fortalecimento das políticas públicas, a fim de que haja qualidade no cuidado exercido pela equipe (Pinho et al., 2022). Nesse sentido, é comum o relato de carência estrutural no centro especializado, deixando de oferecer para os envolvidos a oferta de noções básicas, como água potável e um ambiente confortável, em boas condições de higiene e ventilação. O que fica evidente em:

“Eu fiquei com a dúvida. Pela... De ter contraído. E pesquisei na internet. Aí eu vi que aqui é um centro de referência. Tentei ligar, mas eu não consegui o contato.” (E1)

“Era pra ser um lugar mais organizado. A Prefeitura mesmo organizar isso aqui, que aqui falta muito material. Eles mesmo trabalham aqui mesmo por amor. Porque tem vezes que ficam sem receber o salário mesmo e eles continuam vindo. Mesmo sem receber. Três meses, mas eu acho que foram seis meses sem receber o salário e eles mesmo assim vêm. O banheiro mesmo, uma negação. Aqui falta água. Quando você vem pra cá não tem um copo de água, não tem água pra você beber. É muito ruim, muito ruim mesmo.” (E8)

“Um espaço um pouquinho maior. Nessa parte. Porque você vê que a quantidade de pessoas não tá, o local não tá comportando a quantidade de pessoas. Você vê que já tem gente em pé, tem gente que espera lá de fora, exatamente por conta do tamanho do local.” (E15)

11

A obtenção de qualidade de vida frente ao contexto das PVHA é inviabilizada quando entraves permeiam sua trajetória, fato que poderia ser facilmente alterado com a configuração dos serviços em consonância ao atendimento das necessidades específicas da população. Dessa forma, apesar da unidade oferecer serviços especializados para uma grande demanda, é notório a sua não disposição de meios para promover além do cuidado técnico, entre consultas e oferta de medicamentos, um local agradável e propício para o atendimento integral de maneira eficiente, tendo em vista a decadência estrutural encontrada.

### **Desorganização do serviço**

A organização do trabalho em equipe ocorre a partir da necessidade de articulação entre as ações e serviços como forma de responder à complexidade da doença dentro do serviço especializado. Nesse núcleo de sentido houve uma divergência pertinente, em que diante de

todos os entrevistados, apenas um apontou a carência organizacional do serviço como entrave relacional.

“Não tem uma pessoa para dar um direcionamento. Chegou aqui você tem que sair procurando quem é que você vai falar, onde é que você vai fazer, anda pra cá, anda pra lá, procura, procura e você não tem uma pessoa para falar assim, olha setor disso é isso, setor daquilo é aquilo. Um setor de recepção mesmo.” (E1)

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem a Atenção Primária à Saúde (APS) como porta de entrada preferencial e base estruturante das redes de atenção à saúde (RAS), organizadas de forma regionalizada e hierarquizada (Brasil, 2012). Ademais, a APS possui papel essencial no contexto do HIV/AIDS, responsabilizando-se também por manter e fortalecer as ações em saúde, bem como acompanhar os indivíduos soropositivos, desde o acolhimento à continuidade do cuidado (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

Entretanto, o centro especializado, no local em questão, ainda advém toda responsabilidade para com a atenção aos usuários do contexto. A unidade demonstra-se inacessível à demanda do usuário ao deixar de fornecer um elo comunicacional, como um telefone para contato funcional, ou uma página com informações principais sobre a doença e o funcionamento do local em si, até porque, os sujeitos nem sempre possuem a disponibilidade e a possibilidade de se deslocar ao centro especializado a fim de tirar dúvidas que facilmente seriam esclarecidas com o desenvolvimento dos meios de comunicação, em prol do acesso ao cuidado em sua forma integral.

12

### **Falha no autocuidado**

O tratamento antirretroviral além de ser disponibilizado gratuitamente no serviço público, ao longo do tempo desde sua oferta, passou por transformações de caráter evolutivo, fazendo da patologia uma doença crônica e não mais um fator inviável com a manutenção da vida (Silva et al., 2022). Atrelado a isso, o ato de cuidar de si reflete uma visão pautada na busca pelo bem-estar, seja por meio de lazer ou, como é o caso, dando continuidade ao uso medicamentoso, a fim de alcançar a longevidade sem percalços.

“Eu parei de tomar os remédios, eu não sei, eu me senti sufocado de tomar remédio todos os dias, você tomar 4, 5 comprimidos todos os dias.” (E4)

“Eu tava também usando droga.” (E5)

“Porque, tipo assim, cada evangélico, eu sou evangélica, aí eu falei que Deus ia me curar, aí eu fiquei sem tomar, mas Deus cura a gente, tem gente mesmo tomando o medicamento. Aí não, eu fui e inventei de não tomar o remédio e pronto. Aí a carga viral subiu. Aí depois de ir lá pra cá, não parei também mais. Aí eu continuo tomando, mas ele ficou bem chateado.” (E8)

Apesar do tratamento oferecer a possibilidade do prolongamento da vida, para que sua finalidade se materialize é necessário que o público compreenda as informações de saúde relacionadas a infecção e aos perigos ligados a descontinuidade do cuidado (Silva et al., 2022). Com isso, é possível afirmar que existe uma relação interdependente entre a adesão ao tratamento antirretroviral e a estabilidade ou redução da carga de infecção em pessoas que vivem com HIV/AIDS, exigindo certo compromisso não somente dos usuários em manter a frequência do tratamento, mas também dos profissionais em frisar a relevância desse ato, garantindo resolutividade através de estratégias em saúde.

As práticas de cuidado são definidas como processo de trabalho, resultantes da articulação entre objeto, instrumentos de trabalho, objetivo das atividades, além das necessidades que norteiam o serviço e as relações sociais estabelecidas (Arce; Teixeira, 2017). Sob essa ótica, para a permanência do usuário e, conseqüentemente, sua adesão ao tratamento de forma contínua e eficiente, foram pontuadas experiências efetivas dignas de nota relacionadas ao vínculo, acolhimento e responsabilização da equipe presente.

### Acolher para cuidar

O acolhimento como uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização do SUS é experienciado nas ações de atenção e gestão das unidades de saúde, como tecnologia de encontro, com o propósito de elaborar e fortalecer a aliança entre os trabalhadores e os usuários do serviço (Brasil, 2010). Os relatos, frente a essa questão, abordam experiências positivas na porta de entrada do serviço, por meio de um acolhimento sensível, para além das necessidades básicas relacionadas à infecção por HIV, como é possível perceber a seguir:

“O cuidado aqui, quando cheguei aqui, meu esposo, ele veio, fez o tratamento dele, aí os médicos, enfermeiras daqui falaram: ‘ela tem que fazer o teste também’, aí eu fiz todo tipo de teste. Fiz tudo.” (E3)

“Quando eu cheguei aqui, me atenderam da melhor forma.” (E9)

“Não, aqui passei oito dias. Mas assim, o sintoma assim, eles me procuraram saber. Aí começou a cuidar logo de mim. No outro dia, mandou eu vir. Aí pronto. Fazer o exame, fazer o teste. Me acompanhar com os médicos. Contar os problemas que eu estou atendendo com vocês. E aí, me tratei também da tuberculose.” (E13)

Diante disso, pôr em prática o acolhimento de modo qualificado colabora para o processo de trabalho, possibilitando o compartilhamento de saberes e, conseqüentemente, a reflexão destes no desenvolvimento do ensino-aprendizagem (Souza et al., 2021). É possível perceber,

verdadeiramente, uma integração da equipe ao desenvolver um acolhimento de forma rápida, resolutiva e atendendo as necessidades dos envolvidos.

## Vínculo como potência

O termo “Vínculo como potência” é explorado em toda sua potencialidade dentro do contexto de saúde para o desempenho favorável do serviço, tornando-se possível a criação de conexões e práticas de trocas singulares entre os interlocutores (Seixas et al., 2019). Para Merhy, o trabalho vivo em ato dá origem ao processo de trabalho, relacionando-se com diversas tecnologias, dentre elas, têm-se a tecnologia leve, aquela sob a qual condiciona as relações entre os sujeitos envolvidos, usuário e trabalhador, em que ambos se complementam, a tecnologia leve-dura envolvendo o saber técnico estruturado e a tecnologia dura, tratando-se de equipamentos tecnológicos.

Nesse sentido, é visto que os profissionais conseguem ir além do mínimo, que seria a oferta de tratamento, visualizando o indivíduo como um ser humano composto de vivências, medos, alegrias e angústias, como qualquer outro. Assim, o conhecimento das individualidades é tido como de extrema relevância para criar uma relação de confiança entre os envolvidos, e dessa forma, contribuir para a garantia do acesso ao cuidado integral.

“Olha, pelo menos aqui eu não vejo essa diferença, porque a gente não sabe quem é quem mesmo, e todo mundo aqui é tratado igual. Pra mim até os dias de hoje, teve umas doutoras que trabalhavam aqui que já saíram que eram super minhas amigas, a gente brincava, conversava e pra mim o tratamento é io, pra mim é io.” (E4)

“Se eu sentisse qualquer coisa: “eu vou ligar pra fulana, eu não tô só.” entendeu? Quem cuida de doente é médico, então eu imaginava assim: “se eu adoecer eu vou ligar pra ele!”. Aí eu pedia: “doutora se for qualquer coisa, me leve pra fora, não me trate em Ipirá, em lugar nenhum, pra ninguém ficar sabendo”. É tanto que ela não me mandava ir no consultório, lá onde todo mundo me conhecia, não, ela vinha na minha casa.” (E6)

“Eu gosto de tudo aqui, dos pacientes, dos pacientes que chegam, das faxineiras, eu gosto de todo mundo.” (E7)

O vínculo como tecnologia para a produção do cuidado, ao ser construído ao longo do tempo, permite que haja o surgimento de conexões afetivas, em que os envolvidos compartilham da corresponsabilidade, para com a saúde das PVHA, imprescindível para o desempenho do trabalho (Souza et al., 2024). Essa prática consegue ser muito bem estruturado entre os sujeitos e a equipe presente no centro especializado, demonstrando que os funcionários foram além do viés puramente técnico com relação à medicação, consulta e carga viral, eles estabeleceram uma relação de confiança e conseguiram transformar o olhar do usuário para com a soropositividade.

## Responsabilização

Uma equipe composta por profissionais qualificados é de grande valia para a certeza de um cuidado contínuo. Com isso, é importante que sejam ofertadas as atribuições mínimas relacionadas ao HIV e suas necessidades, como a realização de exames, a continuidade com tratamento, além da oferta de serviços multiprofissionais. Entretanto, deve haver também, uma responsabilidade por parte da equipe em prover o serviço e também garantir que este esteja sendo realizado corretamente por parte do usuário, a fim de que seja alcançada a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado (Brasil, 2012).

“Aí eu quando eu vim aqui, eu tinha começado a sentir algo, aí na consulta me disseram “ ou você continua ou você vai pra cova, porque se você está querendo se matar você vai porque desse jeito você vai contrair a doença e depois contraiu a doença o tratamento fica mais difícil” aí eu continuei o tratamento.” (E4)

“Eu não fiquei preocupada, porque teve médica mesmo que me explicou como é e procurei saber mais, né.” (E8)

“Eu tenho o telefone daqui porque quando me ligam, eu já botei “posto de Saúde”, e eu tenho o “Zap” de uma pessoa que me ligou essa semana, porque foi feito o exame e eu não sei o que foi que aconteceu na coleta, disseram que pode ter sido alteração na viagem, aí pediram pra repetir.” (E10)

Para que o indivíduo se comprometa em aderir ao uso do antirretroviral e exerça os cuidados referente à infecção é preciso que este esteja disposto e compreenda os determinantes envolvidos, mas os trabalhadores também são responsáveis pela escolha dos usuários. No cenário estudado, a equipe demonstra exercer a responsabilização como prática de saúde, garantindo um acompanhamento próximo desde o acolhimento, resultado dos exames e educação em saúde, acerca das consequências graves acometidas a quem interrompe bruscamente o tratamento, como o desenvolvimento da doença AIDS.

## CONCLUSÃO

A síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS) originada pelo vírus HIV, desde seus primeiros episódios, impactou fortemente à sociedade de maneira indelicada, trazendo consigo a urgência em se discutir sobre as dimensões que permeiam esse contexto, para além do enfraquecimento imunológico, e como os indivíduos soropositivos encaram esse processo. Outrossim, o Sistema Único de Saúde tem como diretriz imprescindível, para a garantia do

direito à saúde, o cuidado integral, na compreensão do indivíduo como um ser plural, composto de histórias, medos, alegrias e vivências que transcendem a doença.

Entretanto, obstáculos dentro desse cenário dificultam o acesso à esse cuidado em sua totalidade, entre os quais, têm-se a soropositividade como certeza de morte, omissão do diagnóstico, surgimentos de estereótipos, habilidade técnico-relacional, escassez estrutural, desorganização do serviço, falha no autocuidado e nas práticas de cuidado, como acolhimento, vínculo e responsabilização, expondo a necessidade de continuar a refletir sobre a questão, a fim de que mudanças positivas alcancem o cenário de forma significativa.

## AGRADECIMENTOS E FINANCIAMENTO

Agradecemos ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela colaboração e disponibilidade da bolsa de iniciação científica em detrimento da construção da pesquisa.

## REFERÊNCIAS

ARCE, Vladimir Andrei Rodrigues; TEIXEIRA, Carmen Fontes. Práticas de saúde e modelo de atenção no âmbito do Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Salvador (BA). **Saúde em Debate**, v. 41, p. 228-240, 2017.

AGGLETON, Peter; PARKER, Richard. Estigma, discriminação e AIDS. **Rio de Janeiro: ABIA**, 2001.

AGUIAR, Wanda Maria Junqueira; OZELLA, Sergio. Núcleos de significação como instrumento para a apreensão da constituição dos sentidos. **Psicologia: ciência e profissão**, v. 26, p. 222-245, 2006.

ANTUNES, Larissa; CAMARGO, Brigido Vizeu; BOUSFIELD, Andréa Barbará S. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/Aids. **Revista Psicologia: Teoria e Prática**, v. 16, n. 3, p. 43-57, 2014.

ASSIS, Marluce Maria Araújo et al. Cuidado integral em saúde: dilemas e desafios da Enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 68, n. 2, p. 333-338, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria de Consolidação nº2.436, de 21 de setembro de 2017, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 22 set. 2017. Seção 1, p. 68. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436\\_22\\_09\\_2017.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html); Acesso em: 18 Jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CARDOSO, Talita Miranda Pitanga Barbosa et al. BARREIRAS DE ACESSO E SEUS IMPACTOS NOS CAMINHOS DO CUIDADO DE PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS. In: **15º Congresso Internacional da Rede Unida**. 2022.

CARRAPATO, Josiane; DE RESENDE, Marta Helena Meireles; DOS SANTOS, Natália Olímpia. Pessoa vivendo com HIV/AIDS: diagnóstico de uma sentença de morte?. **Emancipação**, v. 14, n. 2, p. 321-336, 2014.

COLAÇO, Aline Daiane et al. O cuidado à pessoa que vive com HIV/AIDS na atenção primária à saúde. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 28, p. e20170339, 2019.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus et al. Cuidando de Pessoas Vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária à Saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades?. **Saúde em debate**, v. 46, p. 163-174, 2022.

DE LIMA, Vinícius Mauricio. Vínculo entre profissionais de saúde e jovens vivendo com HIV/Aids: uma análise da produção e circulação de discursos da sexualidade. **Revista Española de Comunicación en Salud**, p. 61-71, 2019.

DE MORAES, Eduarda Rezende et al. Fatores que influenciam na qualidade dos serviços de saúde: um estudo de caso em uma cidade do sudoeste goiano. **Brazilian Journal of Development**, v. 6, n. 6, p. 35321-35337, 2020.

DIAS, Daniele Cabral et al. A repercussão do diagnóstico de HIV positivo em homens: um estudo qualitativo. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 7, p. e7470-e7470, 2021.

DIAS, Ernandes Gonçalves; MISHIMA, Silvana Martins. Análise temática de dados qualitativos: uma proposta prática para efetivação. *Revista Sustinere*, [S. l.], v. 11, n. 1, p. 402-411, 2023. DOI: 10.12957/sustinere.2023.71828.

FONSECA, Luciana Kelly da Silva et al. Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 13, n. 2, p. 1-15, 2020.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de saúde pública**, v. 24, p. 17-27, 2008.

GUARNIERI, Rosana et al. Representações sociais do HIV eo cuidado de jovens recentemente diagnosticados. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, n. suppl 1, p. 6s, 2024.

MACIEL, Karine Lemos et al. HIV/AIDS: um olhar sobre as percepções de quem vive com o diagnóstico. **Revista Cuidarte**, v. 10, n. 3, 2019.

MALISKA, Isabel Cristina Alves; PADILHA, Maria Itayra; ANDRADE, Selma Regina. AIDS e as primeiras respostas voltadas para a epidemia: contribuições dos profissionais de saúde [AIDS and early responses to the epidemic: contributions from health professionals]. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 23, n. 1, p. 15-20, 2015.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde?. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 42, p. e151, 2018.

MERHY, Emerson Elias et al. Trabalho em saúde. **Material produzido para a EPJV/FIOCRUZ**, 2005.

PINHO, Clarissa Mourão et al. Avaliação das medidas de controle do HIV na atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 8, p. e3462-e3462, 2020.

SÁNCHEZ MALDONADO, Miguel; TERRÓN BLANCO, José Luis; LOZANO RENDÓN, José Carlos. Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. **Comunicación y sociedad**, n. 25, p. 71-100, 2016.

SEIXAS, Clarissa Terenzi et al. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. **Interface-Comunicação, saúde, educação**, v. 23, p. e170627, 2019.

SILVA, Mônica Alice Santos da et al. Aspectos relacionados ao letramento em saúde, autocuidado e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 56, p. e20220120, 2022.

SOUSA, Carla Sofia de Oliveira; SILVA, Alcione Leite da. O cuidado a pessoas com HIV/aids na perspectiva de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 04, p. 907-914, 2013.

SOUZA, Marcio Costa de et al. RESOLUTIVIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19. **Revista Eletrônica Interdisciplinar**, v. 16, n. 3, 2024.

SOUZA, Raquel Araújo et al. Uso de tecnologias para telemonitoramento na atenção primária à saúde na pandemia do Covid-19: relato de experiência. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 13, p. e302101321153-e302101321153, 2021.