



ACOLHIMENTO INTERPROFISSIONAL COMO DISPOSITIVO DE CUIDADO ÀS PESSOAS RECÉM DIAGNOSTICADAS COM HIV/AIDS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

INTERPROFESSIONAL USER EMBRACEMENT AS A CARE DEVICE FOR PEOPLE NEWLY DIAGNOSED WITH HIV/AIDS: AN EXPERIENCE REPORT

Kaline Thatiana Ribeiro de MeloCosta

Universidade Federal de Alagoas, Maceió-AL, Brasil

<https://orcid.org/0009-0005-4395-4765>

contato.kaline@gmail.com

Fabio Alves dos Santos

Hospital Universitário Professor Alberto Antunes, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Maceió-AL, Brasil

<https://orcid.org/0000-0003-3268-0066>

fabio-santos.fs@ebserh.gov.br

Resumo: a epidemia de HIV/Aids, em território brasileiro, teve início há mais de quatro décadas e apesar de transformações significativas no cenário epidemiológico, o controle da epidemia continua sendo um desafio. A viabilização da oferta de cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids tem como ponto de partida o processo de acolhimento. O presente estudo, de natureza qualitativa, trata-se de um relato de experiência com objetivo de refletir sobre a prática de acolhimento interprofissional como dispositivo de cuidado às pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids no âmbito de um Serviço de Assistência Especializada. Os resultados apontam a existência do estigma e da discriminação como grandes obstáculos ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids, acarretando o distanciamento das pessoas usuárias na busca pelos serviços de saúde, o que influencia a dificuldade de lidar com o diagnóstico e a adesão ao tratamento. Diante da complexidade das demandas apresentadas, faz-se necessário o cuidado interdisciplinar.

Palavras-chave: HIV/Aids; acolhimento; cuidado; preconceito.

Abstract: the HIV/AIDS epidemic in Brazil began more than four decades ago and, despite significant changes in the epidemiological scenario, controlling the epidemic remains a challenge. The process of providing care to people living with HIV/AIDS begins with the process of welcoming. This qualitative study is an experience report that aims to reflect on the practice of interprofessional welcoming as a care device for people recently diagnosed with HIV/AIDS within the scope of a Specialized Care Service. The results indicate the existence of stigma and discrimination as major obstacles to confronting the HIV/AIDS epidemic, leading to the distancing of users from seeking health services, which influences the difficulty in dealing with the diagnosis and adherence to treatment. Given the complexity of the demands presented, interdisciplinary care is necessary.

Keywords: HIV/AIDS; reception; care; prejudice.

1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da epidemia de HIV/Aids, na década de 1980, foram detectados, em território brasileiro, mais de um milhão de casos de Aids. Entre os anos de 2007 e 2023, foram





contabilizadas, no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 489.594 notificações de casos de infecção pelo HIV no país, a maior parte concentrada na região Sudeste (41,5%), seguida do Nordeste (21,3%); em sua maioria entre pessoas jovens, do sexo masculino, autodeclarados pretos e pardos e homens que fazem sexo com homens (Brasil, 2023a). Verifica-se que, assim como outros agravos à saúde, tanto a infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) quanto o adoecimento por ele causado (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS) possuem uma distribuição desigual na população, evidenciando a existência de relações vulnerabilizadoras associadas ao seu acometimento.

Entende-se que a epidemia de HIV/Aids teve início anterior à promulgação da Constituição Federal de 1988 e à regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS), pela Lei Federal 8.080/1990 (Brasil, 2023b). A resposta inicial a esta epidemia no país envolveu uma diversidade de fatores e agentes, sendo fundamental destacar a atuação da sociedade civil organizada, o movimento de reforma sanitária e o contexto sociocultural vivenciado naquele período em pleno processo de redemocratização política. Transformações significativas no cenário epidemiológico foram possíveis através da união destes elementos ligados à construção de um SUS pautado nos princípios de universalidade, equidade e integralidade (Melo *et al*, 2021).

Apesar desse processo, ainda caminhamos em um contexto problemático no que se refere ao controle da epidemia de HIV/Aids. Vivenciamos, nos últimos anos, avanços de ações conservadoras, no país, permeados de tensões moralistas ainda existentes no atual contexto político brasileiro. Movimentos constantes de ataques aos direitos humanos ameaçam as conquistas no campo da saúde pública e é nesse cenário que precisamos insistir no fortalecimento do acesso ao cuidado às Pessoas Vivendo com HIV/Aids (PVHA) (Cueto; Lopes, 2021).

Como forma de viabilizar a oferta de cuidado às PVHA, o acolhimento deve estar presente na atuação multiprofissional com vistas à promoção da autonomia e do protagonismo da pessoa usuária na construção compartilhada de estratégias de cuidado que façam sentido para si e respeitem seus desejos, vivências e lugar no mundo. Nesse sentido, é imprescindível considerarmos a autonomia enquanto elemento conectado diretamente aos contextos intersubjetivos nos quais as pessoas estão imersas, afetando largamente suas escolhas e possibilidades de implementação de modos de prevenção e tratamento (Ayres, 2022).

No contexto da assistência em saúde, o acolhimento se constitui enquanto um importante dispositivo de cuidado pautado através do encontro com o outro, sendo um elemento potencializador de processos de produção de saúde diretamente ligados ao trabalho coletivo e cooperativo entre sujeitos. Considerado uma das principais diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento pode ser compreendido como uma tecnologia do encontro





atuante na qualificação de escuta e construção de vínculo, reconhecedora da pessoa usuária como sujeito ativo nos processos de produção da saúde (Brasil, 2010).

Desse modo, a questão problema que orienta este trabalho é: como o acolhimento interprofissional pode viabilizar práticas de cuidados em saúde a pessoas recém diagnosticadas com HIV/AIDS. Assim, o objetivo geral deste artigo é o de refletir acerca da prática de acolhimento interprofissional como dispositivo de cuidado às pessoas recém diagnosticadas com HIV/AIDS no âmbito de uma Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias (UDIP) do Hospital Universitário Professor Alberto Antunes (HUPAA).

A motivação para este trabalho surgiu a partir das vivências de assistência no SUS percorrendo caminhos de atravessamentos e afetações, enquanto psicóloga residente inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e Idosa da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), atuando em conjunto com uma enfermeira residente do mesmo Programa. Por meio das reflexões a serem elucidadas através desta escrita, pretendemos contribuir para o campo do cuidado às PVHA, de modo a promover o aprimoramento das práticas assistenciais e aumentar a capacidade resolutiva dos serviços de saúde diante da complexidade das demandas apresentadas.

2 METODOLOGIA

O presente estudo de caráter qualitativo buscou a construção de um Relato de Experiência (RE) baseado na atuação de uma psicóloga residente inserida em um Programa de Residência Multiprofissional. As narrativas relatadas através dessa pesquisa surgiram a partir da atuação interprofissional junto a uma enfermeira residente no campo de prática de um Serviço de Assistência Especializada (SAE), localizado no HUPAA, durante o período compreendido entre a terceira semana de agosto e a primeira semana de novembro de 2023.

A pesquisa qualitativa possibilita criar etapas de investigação e de análise das vivências humanas na sua troca com o outro. Pode-se perpassar por dois direcionamentos: elaboração da teoria, métodos usados e resultados; e a ratificação dos seus caminhos, suas escolhas ao pensar o percurso trilhado na construção da pesquisa (Deslandes; Gomes; Minayo, 2025).

Dito isto, este estudo se configura enquanto um RE e propõe construir narrativas que consideram as potencialidades de uma atuação interprofissional dialógica inscrita no campo político, marcado pelo tensionamento de forças em disputa (Mussi; Flores; Almeida, 2021).

Vale salientar que consideramos a impossibilidade da existência de discursos neutros, visto que todos falamos a partir de tempo e lugares específicos (Kilomba, 2020). Desse modo, a escolha





pela elaboração desta pesquisa em formato de RE parte da possibilidade de construção de uma escrita científica inaugurada pelos caminhos trilhados pelas pessoas autoras que relatam a partir das suas competências reflexivas e associativas, bem como suas crenças e posições de sujeito no mundo (Mussi; Flores; Almeida, 2021). Compreendemos que o RE se configura como uma abordagem valiosa dentro do cenário da pesquisa qualitativa, tendo em vista a possibilidade de acesso direto às experiências vividas e reflexões consequentemente produzidas.

Durante o período de realização da presente pesquisa, elaboramos a construção de anotações significativas do cotidiano, registradas ao longo das vivências da prática profissional na Unidade, de modo a possibilitar o resgate de memórias dos conteúdos que atravessaram aquele momento. Essas anotações lançaram luz às temáticas que serão abordadas nos resultados e discussão. Sendo assim, destacamos que para a elaboração da análise dos dados, o presente trabalho utilizou a estratégia de entrelace entre vivência, teoria e reflexões ao longo do percurso de inserção no referido campo de prática.

2.1 Caracterização da Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e Idosa

Considerados uma modalidade de ensino de pós-graduação *lato sensu*, os Programas de Residência Multiprofissional em Saúde foram criados no país há mais de dezenove anos, com o objetivo de promover a formação em saúde através da modalidade ensino em serviço, sob supervisão docente-assistencial. Conforme estabelecido através da Lei 11.129 de 30 de junho de 2005, a qual institui a Residência em Área Profissional da Saúde, os programas apresentam uma carga horária semanal de 60 horas, possuem duração de dois anos, totalizando 5.760 horas, e funcionam sob a exigência de dedicação exclusiva (Brasil, 2005; Brasil, 2008).

Financiada pelo Ministério da Educação (MEC), a Residência Multiprofissional em Saúde da Pessoa Adulta e Idosa promovida pelo HUPAA, em conjunto com a Universidade Federal de Alagoas (UFAL) apresenta anualmente a oferta de quatro vagas distribuídas de forma igualitária para as áreas de Psicologia, Enfermagem, Serviço Social, Farmácia, Nutrição, Fisioterapia e Educação Física. Sendo estas duas últimas reinseridas no Programa em 2024. Os cenários de práticas no primeiro ano englobam os setores da Clínica Cirúrgica, Clínica Médica e Clínica Oncológica; já no segundo ano, são o Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), Unidade Docente Assistencial Prof. Gilberto de Macedo (UDA), Núcleo Hospitalar de Epidemiologia (NHE), Serviço de Controle de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde (SCIRAS) e a UDIP. Este último foi o local de vivência da experiência trazida neste trabalho.





É importante destacar que, durante o segundo ano da Residência, cada equipe de residentes passa um período de cerca de três meses inserida nos setores, havendo ao término desse período um rodízio de equipes em cada um dos cenários de segundo ano listados anteriormente. Vale destacar ainda que a equipe da qual fizeram parte a psicóloga e a enfermeira, residentes atuantes nos acolhimentos discutidos na presente pesquisa, era composta, além destas duas profissionais, por uma nutricionista e uma farmacêutica, não havendo, portanto, a presença da figura de uma assistente social residente.

A escolha pela realização dos acolhimentos de maneira interprofissional, com a participação das residentes de psicologia e enfermagem, partiu da junção de alguns fatores, como: 1) a busca pelo atendimento integral às pessoas usuárias do serviço, considerando a potência do fazer interdisciplinar e a complexidade de demandas emergentes a partir do encontro com as PVHA; 2) a disponibilidade para a escuta das pessoas usuárias e a implicação de ambas profissionais com o processo de assistência às PVHA; 3) a convergência entre as profissionais no que se refere aos modos de atuação pautados no comprometimento com a promoção da autonomia dos sujeitos e o respeito à diversidade; e 4) o vínculo estabelecido ao longo do percurso na Residência, anterior à chegada ao setor.

2.2 Caracterização do campo de prática da pesquisa

O campo de prática onde esta pesquisa se desenvolveu constitui-se em um SAE, localizado no HUPAA. Anteriormente nomeado de Hospital Dia (HD), a Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias foi inaugurada há mais de 25 anos e conta com atendimento ambulatorial às pessoas com HIV/Aids, Hepatites Virais, Sífilis, HTLV, Doença de Chagas e Tuberculose. Seu ambulatório multiprofissional com equipe fixa funciona em dias úteis no período diurno e é composto por profissionais de odontologia, serviço social, psicologia, nutrição, enfermagem, farmácia e medicina (pediatra, infectologista, ginecologista, hepatologista, pneumologista). Além disso, o serviço também conta com a existência de um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), atualmente localizado em outro espaço do hospital.

Dentre a diversidade de serviços ofertados estão: 1) acolhimento inicial às pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids e por vezes também coinfetadas por outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); 2) atendimentos ambulatoriais das especialidades descritas anteriormente; práticas de promoção de saúde através de salas de espera promovidas pela equipe multiprofissional de residentes, bem como por parte dos profissionais que compõem a Unidade; 3) internação diurna em duas enfermarias localizadas no setor; 4) administração de pulsoterapia; 5) coleta de carga viral





e linfócitos TCD4; 6) pré-natal às gestantes vivendo com HIV/Aids e o acompanhamento às crianças expostas; e 6) encontros mensais com grupo terapêutico Conviver, composto tanto por profissionais efetivos do serviço, residentes multiprofissionais e das pessoas usuárias que vivem com HIV/Aids.

É importante destacar que consideramos o conceito de ambiência, contido na PNH, para o planejamento das nossas práticas, na tentativa de promover atenção em saúde capaz de facilitar a humanização dos territórios de encontros cuidadores no âmbito do acolhimento interprofissional às pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids. De acordo com a PNH, a ambiência prevê a construção de espaços acolhedores e confortáveis para a produção de saúde através do encontro entre pessoas, englobando aspectos como a arquitetura dos ambientes de saúde, a disposição dos espaços e mobília, a iluminação, a ambientação sonora, entre outros, valorizando a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos, sejam estes profissionais ou usuários dos serviços. Além disso, inclui também elementos relacionados à interação entre as diferentes pessoas visando promover encontros intersubjetivos positivos e humanizados (Brasil, 2010; Brasil, 2015).

Desse modo, os espaços físicos utilizados para a realização dos acolhimentos dos quais se tratam essa pesquisa foram a sala da enfermagem e a sala da psicologia da UDIP. Vale ressaltar que, a depender da disponibilidade destes espaços no momento do encontro, optamos pelo uso do último, tendo em vista que suas características espaciais produzem maior confortabilidade para as pessoas envolvidas no processo, por meio de elementos como, por exemplo, maior amplitude da sala, maior proteção acústica e consequente diminuição de ruídos externos, existência de iluminação natural, uso de difusor de aromas e a existência de janelas que permitem a visualização de uma área verde externa.

Ademais, desde o primeiro mês em que nos inserimos no serviço, observamos a ocorrência de interrupções durante o atendimento por parte de profissionais da equipe, em sua maioria da medicina, quando os acolhimentos eram efetuados na sala da enfermagem. Isso ocorria apesar da utilização de placa sinalizadora posicionada na porta antes do início de cada encontro, indicando que o atendimento estava em curso.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Como forma de sistematizar os resultados e discussão, foram produzidos três eixos norteadores a partir das reflexões sobre as experiências vividas registradas em anotações do cotidiano no setor da UDIP. São eles: 1) Acolhimento e cuidado: repensando o acolhimento roteirizado e protocolado; 2) Estigma e discriminação: obstáculos ao cuidado de PVHA; e 3) O





lugar do acolhimento interprofissional às PVHA. Estes eixos estão articulados entre si, contudo, de modo a facilitar a compreensão da pessoa leitora, optamos por apresentá-los em tópicos separados.

3.1 Acolhimento e cuidado: repensando o acolhimento roteirizado e protocolado

O acolhimento é um dispositivo tecnológico do cuidado presente nas propostas de humanização, capaz de promover interações dialógicas estabelecidas entre profissionais e as pessoas usuárias dos serviços de saúde. Podemos compreender o cuidado sob a ótica da valorização do aspecto intersubjetivo que permeia os encontros entre profissionais e destinatários das ações de saúde, concebendo ambos como sujeitos detentores de aspirações, saberes práticos e tecnocientíficos capazes de se unirem pela co-construção da saúde (Ayres, 2022).

De acordo com Ayres (2022, p. 202):

O conceito reconstrutivo de Cuidado almeja a formulação de uma atenção que não desapareça com os sujeitos, que não reduza o profissional de saúde a um aplicador acrítico e mecânico de conhecimentos tecnocientíficos, tampouco reduza o demandante da atenção a um objeto medicalizado. Almeja que não se ignore também os aspectos afetivos, emocionais, sociais e contextuais que estão antes, através e depois dos encontros cuidadores, acessíveis apenas na voz dos seus sujeitos.

No contexto da UDIP, a oferta de cuidado às pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids inaugura-se através do “acolhimento de primeira vez” ou “atendimento inicial”, nomeado neste trabalho como acolhimento interprofissional, tendo em vista a forma como configurou-se tal ação ao longo do período vivenciado. De maneira geral, a pessoa usuária, recém diagnosticada com HIV/Aids, acessa a Unidade por livre demanda ou através de encaminhamento realizado, por exemplo, por serviços como CTA, Unidade Básica de Saúde (UBS), outros Serviços de Atenção Especializada, unidades hospitalares, bancos de sangue e serviços vinculados ao serviço social. Assim, os acolhimentos às pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids acontecem sem a necessidade de agendamento prévio. Ao chegar à Unidade, a pessoa é direcionada pela recepção da Unidade para a realização do processo de acolhimento.

Durante o período mencionado, os acolhimentos eram facilitados por até duas profissionais e poderiam ocorrer junto à pessoa acompanhante, conforme desejo da pessoa usuária. Em algumas ocasiões, os encontros também contavam com a presença de estagiárias da enfermagem ou do serviço social. Apesar da existência de uma equipe multiprofissional no setor, verificamos que, na maioria das vezes, os profissionais, inicialmente acionados pela recepção da Unidade para participar





desse processo, eram da área da enfermagem e, ocasionalmente, do serviço social, cabendo, aos demais profissionais, a escolha de envolver-se ou não no encontro. Vale sinalizar que, dentro da rotina do serviço, os profissionais de medicina e odontologia não fazem parte dos acolhimentos, sendo geralmente acessados por meio de encaminhamento. Essa distribuição nos faz refletir sobre o lugar ocupado por algumas profissões presentes na Unidade e as consequências disso frente ao processo de vinculação das pessoas usuárias com o serviço.

O acolhimento interprofissional às pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids no contexto vivenciado buscou promover a escuta ativa das pessoas usuárias através da construção de espaço aberto ao diálogo sobre questões e afetações emergentes, a partir do encontro sem o estabelecimento de tempo pré-definido para sua duração. Iniciamos esse processo por meio da apresentação das profissionais presentes, indicando aspectos como o respeito ao sujeito e o acordo de sigilo das informações compartilhadas naquele espaço. Em seguida, perguntamos como as pessoas estavam se sentindo naquele momento e como havia sido sua trajetória até a chegada ao diagnóstico, bem como as motivações que as levaram à busca pela testagem. Dessa maneira, abrimos lugar para a narrativa e o aparecimento de sujeitos, buscando encontrar o que caracteriza aquele sofrimento manifestado a partir da interação entre as diferentes vozes envolvidas no processo, permitindo a elaboração de possibilidades de cuidado para o enfrentamento às dificuldades.

Nesse contexto, o acolhimento interprofissional à PVHA configura-se como espaço de produção de saúde, onde além da oferta de suporte emocional ao indivíduo e exame físico inicial, também é proporcionado diálogo sobre aspectos como a influência do HIV/Aids no organismo, diferenciação entre HIV e Aids, medidas preventivas, diagnóstico e tratamento, sexualidade, possíveis estratégias de redução de riscos e danos associados à prática sexual e ao uso de álcool e outras drogas, entre outras demandas que se apresentam a partir do encontro. Buscamos conhecer aspectos relacionados ao contexto psicossocial, abordando sua relação com possível rede de apoio e território ao qual a pessoa usuária está inserida. Ao final, disponibilizamos a marcação de consulta com profissional infectologista de referência, assim como orientações quanto à realização de exames complementares para abordagem inicial e início de tratamento com a Terapia Antirretroviral (TARV). Além disso, realizamos também orientações quanto ao acesso à equipe multiprofissional e demais encaminhamentos gerados a partir do encontro.

Evidenciamos que, caso desejasse, a pessoa usuária também poderia retornar ao serviço em outro momento, no sentido de dialogar novamente sobre possíveis dúvidas e demandas que porventura viessem a surgir. Nesse ponto, observamos, ao longo de nossa vivência no setor, que a postura de disponibilidade de atenção e a oferta de futuros encontros agiam como elementos





facilitadores da vinculação das pessoas ao serviço. Por vezes, ao retornar para realização de coleta de carga viral e linfócitos TCD4, necessários para o início do tratamento, essas pessoas nos acionavam novamente para dialogar sobre dúvidas e angústias existentes. É importante sinalizar que, em alguns casos, o acompanhamento psicológico individual se fez necessário, em especial nas primeiras semanas após o encontro cuidador inicial.

O formato adotado para os acolhimentos disponibilizados ao longo do período desta pesquisa tomou como base documentos desenvolvidos pelo Ministério da Saúde como o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, o Manual do Cuidado Contínuo das Pessoas Vivendo com HIV/Aids e os protocolos elaborados internamente por profissionais do serviço, como é o caso do Procedimento Operacional Padrão para Primeira Consulta de Enfermagem Paciente HIV Adulto. Contudo, pretendeu-se conjuntamente repensar modos de fazer que não se reduzissem a processos de biomedicalização, visando à superação da tendência tradicional individualizante e objetificadora sobre aquelas pessoas as quais as ações de saúde se destinam (Ayres, 2022).

Tendo em vista que a infecção pelo HIV e a Aids estão contempladas na Lista Nacional de Notificação Compulsória de Doenças, Agravos e Eventos de Saúde Pública (Portaria nº 420, de 2 de março de 2022), após o acolhimento, realizamos o preenchimento da ficha de notificação compulsória a ser alimentada no SINAN. Nessa ficha, estão informações relevantes para a elaboração de políticas públicas voltadas ao enfrentamento da epidemia, como dados socioeconômicos e laboratoriais, antecedentes epidemiológicos, e informações quanto ao grau de alteração da imunidade da pessoa diagnosticada, sendo importante que seu preenchimento seja feito pelo primeiro profissional a ter contato com o paciente após o diagnóstico.

Sinalizamos que desde 1986 a Aids se tornou de notificação compulsória no país (Portaria Nº 542 de 22 dezembro de 1986); a infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, desde 2000 (Portaria nº 993, de 4 de setembro de 2000); e a infecção pelo HIV, desde 2014 (Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014). Apesar disso, estima-se que haja a ocorrência de subnotificação de casos no SINAN, bem como preenchimento incorreto da ficha de notificação, incorrendo em prejuízos quanto à geração de dados epidemiológicos que poderiam vir a auxiliar na resposta ao HIV/Aids (Brasil, 2023).

Os documentos mencionados são ferramentas capazes de fornecer possíveis caminhos de atuação frente ao cuidado de PVHA, entretanto, um dos desafios presentes ao longo de nossa atuação, configurou-se na adoção de uma postura ético-política atenta à singularidade das pessoas sendo capaz de se distanciar de uma postura meramente protocolar, prescritiva e normativa. Para isso, foi necessário reconhecermos que, assim como a prática de aconselhamento no contexto de





HIV/Aids, o acolhimento às pessoas recém diagnosticadas também é marcado por ambiguidades entre os sistemas democrático e coercitivo, conjugando modos liberadores e disciplinares (Navaro; Salimo, 2024).

Desse modo, apesar de possuir o potencial de produção de saúde, conforme argumentado anteriormente, podemos analisar o acolhimento no contexto trabalhado, nesta pesquisa, à luz dos conceitos de Michel Foucault, no que diz respeito ao poder e à disciplina, tendo em vista que a depender de como esse dispositivo for utilizado, apresenta o potencial de produzir aquilo que o autor nomeou de “corpos dóceis”. De acordo com o autor, as técnicas disciplinares tendem a produzir a docilização na medida em que moldam e controlam corpos e comportamentos através de práticas regulatórias e normalizadoras, produzindo sujeitos passivos e obedientes, logo dóceis (Foucault, 2014).

A reflexão produzida acima mostra que enquanto o acolhimento pode ser considerado como um dispositivo tecnológico capaz de fomentar o cuidado, ele também pode se configurar de forma alienadora, por exemplo, por meio de uma postura rígida profissional que, por exigência do cumprimento de protocolos de tratamento com a Terapia Antirretroviral, incorre em estabelecer tentativas de imposição da adoção de normas e padrões de comportamento inegociáveis. Essas normas por serem consideradas “mais saudáveis”, pela equipe de saúde, tendem a, muitas vezes, suprimir o desejo do sujeito, supostamente em prol da melhora clínica. Esse processo possui a tendência de limitar a autonomia e a liberdade dos sujeitos, desconsiderando sua história de vida e seu lugar no mundo, tornando o acolhimento uma ferramenta estritamente disciplinar distanciada das propostas de humanização, contribuindo para a fabricação de "corpos dóceis" que se conformam às exigências institucionais e sociais.

Faz-se necessário, ainda, a compreensão de que a oferta de cuidado à PVHA ocorre em um momento histórico de tensionamentos no campo político da sexualidade e da moralidade. Vivenciamos, mundialmente, a re-emergência do estigma associado ao HIV/Aids, onde, a partir do diagnóstico reagente, as pessoas, muitas vezes, passam a vivenciar experiências de estigma e discriminação, incidindo sobre a potência de enfrentamento dos sujeitos às dificuldades emergentes. Enquanto profissionais da saúde, não podemos perder de vista que, diante da experiência do HIV/Aids, “o diagnóstico supera o campo clínico, tornando-se, também, moral, criminalístico e arraigado por ampla violência estrutural do Estado” (Cazeiro; Silva; Souza, 2021, p.5363).

Ao longo dos acolhimentos, foi possível entrar em contato com narrativas diversas no que se refere ao contexto de vida, trajetória e atravessamentos apresentados pelos sujeitos demandantes do cuidado. Porém, apesar de termos acolhido uma diversidade de pessoas imersas em contextos intersubjetivos distintos, elementos referentes ao estigma e à discriminação estiveram presentes na





maior parte dos encontros ofertados, configurando-se esta uma temática relevante a ser discutida a seguir.

3.2 Estigma e discriminação: obstáculos ao cuidado de PVHA

Ainda que a infecção pelo HIV seja composta pelo elemento da cronicidade, diferentemente de outras condições crônicas de saúde, como a hipertensão arterial ou o diabetes mellitus, a infecção em questão traz consigo o caráter estigmatizante para aquelas pessoas que passam a viver com o vírus. O discurso corrente observado em diversos espaços, inclusive em serviços de saúde como o setor supracitado, de que atualmente uma PVHA pode ter uma “vida normal”, tendo em vista os avanços realizados quanto ao tratamento ofertado, invisibiliza possíveis obstáculos a serem enfrentados por essas pessoas em termos de processos de estigmatização e discriminação relacionados à infecção.

Apesar dos avanços no campo das tecnologias biomédicas, como a existência das Profilaxias de Pré-Exposição (PrEP) e Pós-Exposição (PEP) bem como antirretrovirais de dosagem única, um dos principais obstáculos à produção de uma resposta efetiva à epidemia de HIV/Aids é a contínua persistência do estigma e da discriminação em escala global (Parker; Aggleton, 2021).

Durante os acolhimentos interprofissionais realizados ao longo da pesquisa, observamos de forma marcante o medo em relação à experiência de estigma e discriminação quanto ao *status* sorológico como uma realidade presente para PVHA, resultando em impactos significativos na vida das pessoas usuárias, frequentemente implicando em inúmeras dificuldades, inclusive quanto à busca pelos serviços de saúde. Essa situação pode se apresentar como uma barreira ao diagnóstico e à adesão ao tratamento incorrendo em prejuízos à saúde física e mental.

O estigma configura-se enquanto resultante de processo social, sendo uma ferramenta de produção e reprodução de desigualdade social, estrategicamente formulado para gerar a exclusão e opressão de alguns a favor de outros. A permanência do estigma relacionado ao HIV/Aids, até os dias atuais, dá-se através da interseccionalidade de diversas fontes de estigmatização que, em um movimento de sinergia, cruzam-se e interagem, por exemplo, através do cruzamento entre noções estigmatizadas quanto à sexualidade, o gênero, à raça e à classe social (Parker; Aggleton, 2021).

De acordo com o Índice de Estigma em Relação às Pessoas Vivendo com HIV/Aids, pesquisa realizada em sete capitais brasileiras, das 1.784 PVHA entrevistadas, 64,1% relataram já ter vivenciado alguma forma de estigma ou discriminação pela sua sorologia; 41% do grupo foi alvo de comentários discriminatórios em ambientes familiares; e 19,6% já perdeu uma fonte de renda ou emprego ou teve oferta de emprego rejeitada diante da sua condição (UNAIDS, 2019). A





Pesquisa de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira (PCAP) realizou, em 2013, um inquérito de abrangência nacional, o qual verificou que 38,2% das pessoas participantes da pesquisa responderam que não comprariam verduras e legumes de uma PVHA (Brasil, 2016).

Estes dados nos convidam a refletir acerca dos efeitos dos discursos propagados em meio ao atual contexto político brasileiro e o avanço de ações conservadoras no país ao longo da última década, enquanto perpetuadores de processos de estigmatização vividos por PVHA.

Desde 2010, observamos o avanço de ações de censura propostas por setores conservadores contra campanhas de prevenção voltadas às populações vulnerabilizadas, como a censura às campanhas voltadas para jovens homens que fazem sexo com homens e pessoas transexuais; bem como a suspensão de ações de educação pública de combate ao estigma, como foi o caso da censura ao kit anti-homofobia nas escolas. O discurso estigmatizante contra PVHA esteve presente também em propostas de projetos políticos, como evidenciado pelo Projeto de Lei 198 de 2015, o qual pretendia tornar crime hediondo a transmissão deliberada do HIV. Além disso, a partir das eleições presidenciais de 2018, setores da extrema direita brasileira passaram a fazer uso intensivo e estratégico de redes sociais para a difusão de *fakenews* - como a suposta distribuição de “kit gay” em escolas públicas, incrementando, assim, o discurso de ódio contra pessoas historicamente vulnerabilizadas (Burity, 2021; Parker; Aggleton, 2021).

Esses acontecimentos em território brasileiro obedecem ao padrão mundial de avanço do conservadorismo nos últimos anos e contribuem para a disseminação do retorno do vírus ideológico (Parker; Aggleton, 2021). O termo “vírus ideológico” cunhado por Herbert Daniel expressa uma crítica à maneira como a desinformação e o preconceito em relação à sexualidade e identidade de gênero não normativas bem como a condição de soropositividade são disseminadas na sociedade, espalhando-se de maneira semelhante à propagação de um vírus biológico podendo vir a ocasionar uma espécie de morte civil de pessoas vivendo com o HIV (Sales, 2021).

Dito isso, passamos a compreender melhor como grande parte das pessoas acolhidas, no setor onde decorreu a experiência deste RE, traz consigo narrativas que expressam de maneiras explícita e implícita as angústias associadas ao caráter estigmatizante imposto através do diagnóstico de HIV/Aids. Verificamos que o medo de passar por um processo semelhante à morte social ou civil parece estar presente na vida de muitas pessoas vivendo com HIV/Aids, superando até mesmo o medo da morte biológica.

Observamos, ainda, narrativas que abordam o medo das pessoas passarem a ser reconhecidas e estigmatizadas ao se direcionarem à UDIP, durante o percurso de busca pelo cuidado. O setor está localizado em um espaço distante — de maneira física e simbólica — de todos os outros serviços ambulatoriais existentes no hospital em questão, com exceção apenas da Unidade





de Reumatologia. Além disso, o serviço se encontra distante do CTA onde são realizadas testagens de HIV, Sífilis, Hepatites B e C, provocando afetações diversas naquelas pessoas que se direcionam à UDIP após o recebimento do diagnóstico reagente para HIV/Aids e, por vezes, também para outra(s) IST.

Algo também observado em nossa rotina ao longo dos acolhimentos foi a manifestação do estigma internalizado por algumas pessoas recém diagnosticadas com HIV/Aids, sendo expresso por vias como a enunciação da culpabilização de si pelo *status* sorológico, num movimento de “merecimento” por “não ter se cuidado” ou ainda como um “castigo de Deus”, tendo em vista a adoção de condutas sexuais socialmente representadas como moralmente desviantes.

De acordo com Parker e Aggleton (2021, p.47):

A associação do HIV e da AIDS à homossexualidade, e depois a outras formas de estigmatização, como a prostituição, a promiscuidade e o desvio sexual (e a diferença sexual), marca mais amplamente toda a história da epidemia e continua a funcionar ainda hoje como o aspecto mais enraizado do estigma, da estigmatização e da discriminação relacionados ao HIV e à AIDS. Esses estigmas que associam o HIV e à AIDS à homossexualidade e a outros “desvios sexuais” são tipicamente tolerados e tacitamente aceitos nas sociedades em todo o mundo.

Para além dos argumentos apresentados anteriormente, um dos elementos que contribuem para a perpetuação de processos de estigmatização e discriminação é a falta de conhecimento acerca do vírus do HIV, seus mecanismos de transmissão e funcionamento no organismo. Através dos acolhimentos realizados, foi possível perceber que grande parte das pessoas atendidas desconheciam questões como a diferenciação entre HIV e Aids; apresentavam dúvidas quanto às formas de prevenção, transmissão e tratamento; desconheciam a existência de métodos como a PrEP e a PEP etc. Além disso, algumas pessoas expressaram, em suas narrativas, fantasias e mitos associados ao HIV/Aids, tais como a transmissão por meio do compartilhamento de objetos como talheres, toalhas e lençóis ou ainda a partir do contato com a saliva.

Oliveira et al (2025) advertem acerca da necessidade de garantir o acesso às informações que de certa forma são básicas como, por exemplo, a diferenciação entre HIV e AIDS, considerando as especificidades de cada população incorrendo no risco de vivenciarmos o aumento ainda mais acentuado das desigualdades. A falta de conhecimentos básicos no que se refere a esse contexto pode estar associada ao processo de desinvestimento de recursos que deveriam ser destinados ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids por meio de campanhas de prevenção.

No ano de 2021, sob governo do ex-presidente Jair Bolsonaro, o investimento destinado a campanhas de prevenção à HIV/Aids no Brasil não passou de 1% do montante investido há 20 anos, além de terem sido descartadas ações educativas e antidiscriminatórias direcionadas às populações





vulnerabilizadas (Scheffer, 2022), não é por acaso que as pessoas usuárias que chegam à UDIP aparentam não possuir conhecimento significativo sobre as questões anteriormente elencadas.

3.3 O lugar do acolhimento interprofissional às PVHA

Conforme elencado até então, o cuidado às pessoas vivendo com HIV/Aids evidencia realidades onde estão entrelaçadas diversas dimensões que constituem a vida dos sujeitos, sendo estes, muitas vezes, atravessados por vivências de estigma e discriminação, como nota-se nas discussões supracitadas. Nesse contexto, o acolhimento interprofissional se apresenta como um potente dispositivo pautado na perspectiva do cuidado compartilhado e ampliado com vistas à integralidade da assistência, sendo um ponto de partida para a construção da vinculação da pessoa usuária ao serviço, possibilitando mais chances de adesão ao tratamento.

De acordo com a PNH (Brasil, 2015), a proposta da clínica ampliada constitui-se como uma ferramenta teórica e prática capaz de enriquecer a abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, levando em consideração a singularidade do sujeito e a complexidade inerente ao processo saúde/doença. Essa abordagem permite enfrentar a fragmentação do conhecimento e das intervenções em saúde, bem como os danos e a ineficácia decorrentes disso.

Verificamos a necessidade de ampliação dos nossos olhares enquanto profissionais da saúde no sentido de facilitar a construção de caminhos que dialoguem com a realidade de cada pessoa. Além de um resultado reagente para o HIV/Aids, e por vezes outras IST, ao chegar no setor o qual se desenvolveu a experiência trazida neste trabalho, as pessoas trazem consigo uma diversidade de histórias de vida e atravessamentos que poderão afetar diretamente seu percurso de prevenção e tratamento.

Na medida em que nos disponibilizamos ao encontro cuidador com o outro, através do processo de acolhimento interprofissional, temos acesso muitas vezes às narrativas que elucidam vivências de relações vulnerabilizadoras, situações de desemprego, violências de gênero, LGBTQIA+fobia, racismo, processos de luto, sofrimento psíquico etc. Esses aspectos dizem respeito a imersão de sujeitos em contextos de intersubjetividade os quais influenciam diretamente a capacidade de escolha de cada indivíduo. Assim, de acordo com Cunha (2024) não devemos perder de vista que não há problema de saúde ou doença sem que estejam encarnadas em sujeitos, em pessoas. Dito isto, reiteramos que práticas fragmentadas de cuidado afastam a possibilidade de uma visão ampliada, tornando-se ineficiente ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids.

Através do encontro entre os campos de saber da psicologia e da enfermagem, ao longo das nossas vivências, bem como sua interação com os demais saberes práticos e tecnocientíficos





apresentados por nós e pelos sujeitos demandantes da atenção, foi possível perceber uma ampliação de possibilidades de cuidado que nos permitiu repensar a prática do acolhimento de maneira menos prescritiva e mais aberta à escuta a cada pessoa usuária. Através dessa união, diferentes perspectivas e conhecimentos foram integrados em prol da co-construção de um cuidado mais integral e efetivo. Contudo, constatamos que a prática interdisciplinar com as demais especialidades existentes no serviço se faz necessária a todo o momento diante da complexidade do cuidado à PVHA.

Sendo assim, é importante destacar que a elaboração de caminhos possíveis de atenção à saúde das pessoas vivendo com HIV/Aids, considerando a perspectiva aqui exposta, representou alguns desafios ao longo de nossas vivências no que se refere ao trabalho em equipe multiprofissional, em busca de uma prática interdisciplinar. Observamos, através da nossa inserção no serviço, que, apesar da existência de uma equipe multiprofissional no quadro de profissionais efetivos, bem como uma equipe de residentes de categorias distintas, poucos profissionais chegam a se envolver com o processo de acolhimento inicial às pessoas recém diagnosticadas que chegam à Unidade. Essa realidade acarreta por vezes em tensionamentos entre os profissionais, em especial aqueles inseridos através do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, de modo a incorrer em prejuízos na qualidade da assistência prestada.

Outro ponto a ser destacado é que na UDIP, assim como verificado em outros SAE (Machado; Silveira; Oliveira, 2022), a existência de equipe multiprofissional no serviço, por si só, não resulta na produção de práticas interdisciplinares de cuidado, de modo que em diversas ocasiões o trabalho é feito de forma paralela, sem um real diálogo entre os profissionais que atuam no serviço, ficando a mercê da disponibilidade e implicação dos mesmos nos processos de trabalho em equipe. Destacamos ainda dificuldades referentes à ausência de momentos destinados à prática de educação permanente, discussão multiprofissional de casos e temáticas emergentes, a partir dos encontros com as pessoas usuárias, diminuindo as chances de promoção de um cuidado integral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das discussões e argumentos empreendidos, buscamos estabelecer reflexões importantes para a construção de práticas de cuidados em saúde às PVHA, de modo a trazer à tona o acolhimento interprofissional como importante dispositivo de cuidado às pessoas recém diagnosticadas com o agravo. Observamos que a construção compartilhada de encontros cuidadores entre profissionais da saúde e as pessoas usuárias vivendo com HIV/Aids exige a oferta de uma atenção pautada na ampliação de possibilidades de cuidado de forma crítica e implicada. Essa





compreensão se faz necessária para a efetivação de princípios fundamentais do SUS, como a equidade, a universalidade e a integralidade.

Os resultados apresentados demonstram a existência do estigma e da discriminação como grandes obstáculos ao enfrentamento da epidemia de HIV/Aids em escala global, tendo em vista seus efeitos negativos sobre a vida dos sujeitos. Esses elementos possuem a tendência de afastar as pessoas da busca pelos serviços de saúde, incorrendo, ainda, em prejuízos em seu percurso de diagnóstico e adesão ao tratamento.

Nesse cenário, o RE evidenciou que precisamos nos atentar cada vez mais aos discursos utilizados por nós, enquanto profissionais da saúde, no momento de encontro com as pessoas usuárias dos serviços, tendo em vista que aquilo que é dito e o não dito nos acolhimentos é capaz de modificar o percurso de cuidado da pessoa que chega ao serviço em busca de assistência. Reiteramos ainda que o cuidado precisa dialogar com a trajetória de vida das pessoas, afastando-se de práticas engessadas e que tendem à docilização de corpos, caminhando em direção ao resgate das vivências e dos desejos dos sujeitos, sempre considerando que cada pessoa apresenta demandas e contextos de vida diversos.

Outra consideração diz respeito à necessidade de elaboração de práticas de educação permanente no serviço, bem como discussão de casos de maneira multiprofissional junto a equipe efetiva da UDIP e os residentes, com vistas a aumentar a capacidade resolutiva dos profissionais diante da complexidade das demandas apresentadas pelas PVHA.

En quanto limites da presente pesquisa, destacamos o reduzido tempo cronológico de inserção das pessoas pesquisadoras no campo de prática da UDIP, por tratar-se de um relato de experiência pautado nas vivências de uma psicóloga residente inserida durante apenas três meses no setor em questão. Salientamos que todas as reflexões produzidas através dos encontros cuidadores se deram a partir de um dado momento histórico e, portanto, possivelmente se retornássemos ao serviço novamente teríamos acesso a conteúdos outros.

Por fim, esperamos contribuir para o campo do cuidado às PVHA a partir dos caminhos trilhados pela pesquisa, inspirando possíveis trabalhos futuros bem como o aprimoramento das práticas assistenciais.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 7, p. 196-206, dez. 2022. Edição especial. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>. Disponível em:





<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/MmhcWVjggvV9myjqz3XJTh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 12 dez. 2023.

BRASIL. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005: Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens - ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude - CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nºs 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 01 jul. 2005. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/570578/publicacao/15724584>. Acesso em: 11 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Educação. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial MEC/MS nº 506, de 24 de abril de 2008. Altera o art. 1º da Portaria Interministerial nº 45/MEC/MS, de 12 de janeiro de 2007, que dispõe sobre a Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em Área Profissional da Saúde. Diário Oficial da União, n. 79, Brasília, DF, 25 abr. 2008. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/sesu/arquivos/pdf/residencia/portaria_506_08.pdf. Acesso em: 13 fev. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf. Acesso em: 20 out. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política nacional de humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. PCAP 2013: pesquisa de conhecimento atitudes e práticas na população brasileira. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/pesquisa-de-conhecimentos-atitudes-e-praticas-na-populacao-brasileira-pcap-2013>. Acesso em: 12 jan. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS, Brasília: Ministério da Saúde, n. especial, dez. 2023a. Disponível em:
<https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>. Acesso em: 14 fev 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. 1. ed. atualizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2023/manual-do-cuidado-continuo-das-pessoas-vivendo-com-hivaids-atual>. Acesso em: 24 out. 2023.

BURITY, Joanildo. The Brazilian Conservative Wave, the Bolsonaro Administration, and Religious Actors. **A Journal of the Brazilian Political Science Association**, v. 15, n. 3, p. 1-19. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-3821202100030005>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/bpsr/a/K6WPj8yxktVRMQcqcxpWQFc/?format=pdf&lang=en>. Acesso em: 23 jan. 2025.

CAZEIRO, Felipe; SILVA, Geórgia Sibebe Nogueira da; SOUZA, Emilly Mel Fernandes de. Necropolítica no campo do HIV: algumas reflexões a partir do estigma da Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**





Coletiva, v. 26, p. 5361-5370, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212611.3.00672020>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/WgVQktqZ8VtzLxk4Vxf3wPt/>. Acesso em: 14 fev. 2024.

CUETO, Marcos; LOPES, Gabriel. Backlash in global health and the end of AIDS' exceptionalism in Brazil, 2007–2019. **Global Public Health**, v. 17, n. 6, p. 815–826. 2021. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1896764>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17441692.2021.1896764?scroll=top&needAccess=true>. Acesso em: 3 fev. 2025.

CUNHA, Gustavo Tenório. O método Balint-Paideia, educação permanente e a cogestão. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA. **Curso de Formação dos profissionais das eMulti**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, FIOCRUZ, ENSP, 2024.

DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2025.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir**: nascimento da prisão. 42. ed. Petrópolis: Vozes, 2014.

KILOMBA, Grada. **Memórias da Plantação**: episódios de racismo cotidiano. Rio de Janeiro: Cobogó, 2020.

MACHADO, Flávia Christiane de Azevedo; SILVEIRA, Rossana Melo Veras da; OLIVEIRA, Suelen Ferreira de. Desenvolvimento de um modelo lógico para o serviço de assistência especializada. **Revista Ciência Plural**, [s. l], v. 8, n. 2, p. 1-26, mar. 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.21680/2446-7286.2022v8n2id24290>. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/24290>. Acesso em: 19 out. 2023.

MELO, Lucas Pereira *et al.* Do “HIV-profecia” ao “HIV-território”: um estudo de caso sobre juventude, subjetividade, e ativismo em HIV/aids. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 31., n. 4, p. 1-20, 2021. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/physis/2021.v31n4/e310406/pt>. Acesso em: 23 jun. 2025.

MUSSI, Ricardo Franklin de Freitas; FLORES, Fábio Fernandes; ALMEIDA, Claudio Bispo de. Pressupostos para a elaboração de relato de experiência como conhecimento científico. **Práxis Educacional**, Vitória da Conquista, v. 17, n. 48, p. 60-77, out. 2021. DOI: <https://doi.org/10.22481/praxisedu.v17i48.9010>. Disponível em http://educa.fcc.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2178-26792021000500060&lng=pt&nrm=iso. Acessos em: 24 jun. 2025.

NAVARO, Raquel Maria; SALIMO, Zeca Manuel. Aconselhamento sorológico: uma estratégia de prevenção às IST em populações indígenas, limites e possibilidades. **Revista Ibero-Americana De Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 8, p. 1697-1721. 2024. DOI: <https://doi.org/10.51891/rease.v10i8.15224>. Disponível em: <https://periodicorease.pro.br/rease/article/view/15224/7978>. Acesso em: 5 abr. 2025.

OLIVEIRA, Amanda Keroly Palheta *et al.* Ação extensionista na prevenção de HIV/AIDS e outras IST na atenção primária de saúde: relato de experiência. **Revista foco (Interdisciplinary Studies)**,





Columbia, v. 18, n.4, p. 1-14. 2025. Disponível em:

<https://ojs.focopublicacoes.com.br/foco/article/view/8198/5799>. Acesso em: 20 jun. 2025.

PARKER, Richard; AGGLETON, Peter. **Estigma, discriminação e AIDS**. 2 ed. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2021. 111 p. Disponível em: <http://abiaids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2023.

SALES, Tiago Amaral. Os ventos do norte também podem mover moinhos? “como sobreviver a uma praga” e respostas à epidemia de HIV/Aids. **Revista Bagoas - estudos gays: gênero e sexualidades**, [s. l.], v. 14, n.22, p. 244-281. 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/bagoas/article/view/22759>. Acesso em: 24 jun. 2025.

SCHEFFER, Mário. Governo Bolsonaro promove ‘apagão’ em campanhas de prevenção à aids; investimento em 2021 cai a menos de 1% do aplicado 20 anos atrás. **Estadão**, São Paulo, 2022. Disponível em: <https://www.estadao.com.br/politica/politica-e-saude/governo-bolsonaro-exclui-populacoes-vulneraveis-da-prevencao-a-aids-investimento-em-campanhas-em-2021-cai-a-06/>. Acesso em: 15 fev. 2024.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV. **Sumário Executivo**: índice de estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS BRASIL. 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf. Acesso em: 12 dez. 2023.

