



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

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

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

Talita Miranda Pitanga Barbosa Cardoso ¹
Márcio Costa de Souza ²

Manuscrito recebido em: 15 de dezembro de 2020

Aprovado em: 28 de dezembro de 2020

Publicado em: 31 de dezembro de 2020

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

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

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

Introdução

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

¹ Especialista em Atenção Farmacêutica e Farmacoterapia Clínica pelo Instituto de Pós-graduação e Graduação. Farmacêutica na Prefeitura Municipal de Salvador.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9794-251X>

E-mail: talipitanga2@gmail.com

² Doutor em Medicina e Saúde Humana. Docente da Universidade do Estado da Bahia.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4922-6786>

E-mail: mcsouzafisio@gmail.com



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

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

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

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

Materiais e métodos

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



Resultados e discussão

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

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

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



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

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



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

Considerações Finais

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

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

Conflitos de interesse

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



Agradecimentos

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

Referências

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