

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA
AMAZÔNIA



CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA

OS EFEITOS DA PANDEMIA POR COVID-19 EM MULHERES VIVENDO COM
HIV NO TERRITÓRIO DE FRONTEIRA

TABATINGA – AM

2023

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ - FIOCRUZ
INSTITUTO LEÔNIDAS E MARIA DEANE – ILMD
PÓS-GRADUAÇÃO EM CONDIÇÕES DE VIDA E SITUAÇÕES DE SAÚDE NA
AMAZÔNIA



CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA

OS EFEITOS DA PANDEMIA POR COVID-19 EM MULHERES VIVENDO COM
HIV NO TERRITÓRIO DE FRONTEIRA

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa Educacional de Vigilância em Saúde nas Fronteiras, consociado a Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde.

ORIENTADOR: Prof. Dr. Júlio César Schweickardt

TABATINGA – AM

2023

FICHA CATALOGRÁFICA

S729e

Souza, Cristianne Bressan Vital de

Os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira. / Cristianne Bressan Vital de Souza. – Manaus: Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

80 f.

Dissertação (Mestrado em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia - VigiFronteiras) – Instituto Leônidas e Maria Deane, 2023.

Orientador: Prof. Dr. Júlio Cesar Schweickardt.

1. Pandemia. 2. Covid 19. 2. HIV Aids. 3. Tríplice fronteira – Amazônia. I. Título

CDU 616.9:616.988(811.3) (043.3)

CDD 616.2414

22. ed.

CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA

**OS EFEITOS DA PANDEMIA POR COVID-19 EM MULHERES VIVENDO COM
HIV NO TERRITÓRIO DE FRONTEIRA**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa Educacional de Vigilância em Saúde nas Fronteiras, consociado a Pós-Graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia, como requisito parcial e obrigatório para a obtenção do título de Mestre em Vigilância em Saúde.

Aprovada em: 23 de Outubro de 2023.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Júlio César Schweickardt – Orientador
ILMD/FIOCRUZ

Prof^a. Dra. Michele Rocha El Kadri – Membro Interno
ILMD/FIOCRUZ

Prof. Dr. Daniel Canavese de Oliveira – Membro Externo
UFRGS

Prof^a. Dra. Fabiana Manica Martins – Membro Suplente Externo
UFAM

Expresso minha gratidão ao Programa Vigifronteiras por proporcionar a oportunidade excepcional de realizar um mestrado em regiões tão remotas. Também quero estender meus agradecimentos aos meus familiares e amigos, que demonstraram um apoio carinhoso e inabalável, dedicando-se integralmente para que eu pudesse alcançar esta importante fase da minha vida.

AGRADECIMENTOS

Gostaria de expressar minha profunda gratidão ao meu orientador, o Prof. Dr. Júlio César Schweickardt, por seu incansável apoio e orientação ao longo desta jornada crucial. Sua paciência, serenidade, competência e humildade são fontes de admiração, e sua constante palavra de apoio sempre foi inestimável.

Quero expressar meus sinceros agradecimentos aos professores do Programa Vigilância em Saúde nas Fronteiras (VIGIFRONTTEIRAS), com destaque especial para as Professoras Doutoras Maria Eduarda Cesse e Andréa Sobral, pelos inúmeros aprendizados vivenciados nos últimos dois anos.

Também gostaria de estender meus agradecimentos aos professores do Programa de Pós-Graduação Strictu Sensu em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia (PPGVIDA), da Fundação Oswaldo Cruz - Instituto Leônidas e Maria Deane – Fiocruz e a toda equipe de colaboradores do ILMD pela presteza e cordialidade.

Finalmente, desejo expressar minha gratidão aos meus pais, que, apesar da distância, sempre me incentivaram a perseguir meus sonhos. Quero destacar especialmente meu esposo e meus filhos, que nunca pouparam esforços para compreender esta jornada desafiadora, mas profundamente gratificante, proporcionando um apoio valioso que me permitiu seguir em frente.

Agradeço aos gestores e profissionais da Secretaria Municipal de Saúde de Tabatinga pela confiança, acolhida e apoio durante o período das entrevistas.

“A menos que modifiquemos à nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo”.

(Albert Einstein)

RESUMO

Este trabalho apresenta uma pesquisa sobre os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira, vinculadas ao SAE de Tabatinga, cidade fronteira com a Colômbia e Peru. A pesquisa possui aporte em pressupostos teóricos de autores como Goveia (2020), Machado (2022) e Schweickardt (2022). Sendo uma pesquisa qualitativa, com a coleta dos dados realizadas por meio de um roteiro de entrevistas com perguntas abertas as usuárias do SAE, que foram recrutadas com apoio de um profissional do serviço, que fez o primeiro contato com elas convidando-as para a pesquisa. As entrevistas foram realizadas no local do serviço com 10 mulheres. Como resultado da pesquisa constatamos que o serviço se manteve durante a pandemia e com poucos efeitos percebidos pelas mulheres, mas destacamos alguns pontos: atraso na retirada de medicação; abandono de tratamento; dificuldade para realização do exame de Carga Viral. O estudo também evidencia a falta de ações durante a pandemia que visassem minimizar os impactos da pandemia, sendo notada pelas mulheres uma única ação que se tratava da liberação de medicação para três meses. Por fim, ressaltamos a necessidade de realizar a educação permanente com os trabalhadores da saúde para uma abordagem humanizada, além da necessidade de um apoio psicossocial às mulheres, pois sofrem preconceito, estigma e violências em decorrência da doença. A pandemia está sob controle, mas as “marcas” da doença permanecem presentes nas vidas dessas mulheres que vivem na fronteira.

Palavras Chave: HIV. Mulheres. Covid-19. Fronteira.

ABSTRACT

This paper presents a study on the effects of the Covid-19 pandemic on women living with HIV in the border region, specifically those linked to the Specialized Assistance Service (SAE) in Tabatinga, a border town with Colombia and Peru. The research is grounded in theoretical assumptions from authors such as Goveia (2020), Machado (2022), and Schweickardt (2022). Conducted as a qualitative research project, data collection involved semi-structured interviews with open-ended questions addressed to SAE users. Recruitment of participants was facilitated by a healthcare professional who made initial contact and invited them to participate in the study. The interviews were conducted on-site at the healthcare facility with 10 women. The research findings revealed that the SAE managed to continue its operations during the pandemic with few noticeable effects on the women. However, certain issues were highlighted, including delays in medication retrieval, treatment discontinuation, and difficulties in undergoing viral load testing. The study also pointed out the lack of specific pandemic-related actions aimed at mitigating its impacts. Women reported only one such action, which involved the provision of medication for a three-month period. In conclusion, this study underscores the importance of ongoing education for healthcare workers to facilitate a more compassionate approach to patient care. Additionally, it emphasizes the need for psychosocial support for these women, who face prejudice, stigma, and violence due to their health condition. While the pandemic may be under control, the "marks" of the disease continue to affect the lives of these women living on the border.

Keywords: HIV. Women. Covid-19. Border.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<i>FIGURA 01 – Mapa com localização da região do Alto Solimões e município de Tabatinga-AM</i>	<i>19</i>
<i>FIGURA 02 – Fotografia aérea das cidades Letícia e Tabatinga</i>	<i>22</i>
<i>QUADRO 01 – Informações Sociodemográficas</i>	<i>40</i>
<i>FIGURA 03 – Mandala da Prevenção Combinada</i>	<i>46</i>
<i>GRÁFICO 01 – N° de mulheres que abandonaram o tratamento para HIV</i>	<i>54</i>
<i>GRÁFICO 02 – Acompanhamento das Usuárias de Carga Viral</i>	<i>56</i>

ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

AMAZONAIDS- Plano Integrado de apoio à resposta à epidemia de AIDS no Amazonas

APS- Atenção Primária à Saúde

ARV- Medicamentos Antirretrovirais

CEP- Comitê de Ética em Pesquisa

CNS- Conselho Nacional de Saúde

HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana

HPV- Vírus do Papiloma Humano

HSV-2- Vírus do Herpes Simples

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero

ODS- Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

PEP- Profilaxia Pós-Exposição ao HIV

PrEP- Profilaxia Pré-Exposição ao HIV

PVHA- Pessoas Vivendo Com HIV/AIDS

PVHIV- Pessoas Vivendo com HIV

RAS- Rede de Atenção à Saúde

SAE- Serviço de Atendimento Especializado

SARS-CoV-2- Síndrome Respiratória Aguda Grave- coronavírus 2

SIM- Sistema de Informação sobre Mortalidade

SICLOM- Sistema de Controle Logístico de Medicamentos

SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SISCEL- Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV

SUS- Sistema Único de Saúde

TARV- Terapia Antirretroviral

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS- Unidade Básica de Saúde

UNAIDS- Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	146
2 METODOLOGIA	22
2.1 TIPO DE PESQUISA	22
2.2 ÁREA DE ESTUDO	22
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	23
2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE PESQUISA	23
2.5 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS	24
2.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	24
2.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO	24
2.8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	25
2.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA	25
3 CAPÍTULO 1: CONEXÕES INESPERADAS: HIV EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19	27
3.1 A EPIDEMIA DE HIV E O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA CONTROLE DO VÍRUS	207
3.2 MULHERES VIVENDO COM HIV NO BRASIL	209
3.3 MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM HIV	30
3.4 HIV EM CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19	32
3.5 PANDEMIA POR COVID-19 NA FRONTEIRA	33
4 CAPÍTULO 2: DESAFIOS E RESILIÊNCIA: MULHERES, HIV, COVID-19 E A VIDA NA FRONTEIRA	336
4.1 O TRABALHO DE CAMPO E SUAS PECULIARIDADES	36
4.2 O FLUXO DE ATENDIMENTO AS MULHERES VIVENDO COM HIV EM TABATINGA, ADOTADO DURANTE A PANDEMIA	37
4.2.1 <i>O diagnóstico e suas consequências</i>	217
4.3 COMPREENDER AS EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DO MUNICÍPIO	45
4.3.1 <i>O tratamento enquanto instrumento de convivência com HIV</i>	225
4.3.2 <i>Conviver com HIV em uma região de fronteira</i>	228
4.4 OS EFEITOS DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19 SOBRE O SERVIÇO DE HIV	50
4.4.1 <i>As perspectivas das usuárias sobre as dificuldades no atendimento</i>	50
4.4.2 <i>Qualidade dos serviços e estratégias de mitigação da COVID-19 na assistência a mulheres com HIV em Tabatinga</i>	56
5- CONCLUSÃO	61

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	614
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA	639
APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	71
ANEXO: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	74

1 INTRODUÇÃO

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) voltaram a ocupar um lugar de destaque como uma preocupação de saúde pública em nível global, especialmente após a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Isso se deve ao fato de que pessoas com IST enfrentam um risco ampliado de contrair o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e esse risco é ainda maior quando a doença está associada a úlceras genitais (BRASIL, 2006).

Segundo estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano, ocorrem cerca de 333 milhões de casos de IST que podem ser tratadas, sendo que mais de dois terços desses casos estão concentrados em países em desenvolvimento. Além disso, anualmente, há milhões de casos de IST não tratáveis, incluindo o herpes genital (HSV-2), infecções pelo Vírus do Papiloma Humano (HPV) e infecção pelo HIV. Acredita-se que a maioria dessas infecções afete pessoas com menos de 25 anos, com as taxas mais elevadas geralmente observadas na faixa etária de 20 a 24 anos, seguida pela faixa etária de 15 a 19 anos. (DEHNE; RIEDNER, 2005; WHO, 2005)

O HIV ao longo dos anos tornou-se um problema de saúde pública global que gera impactos na vida de diversos indivíduos em todo o globo terrestre, sendo registrado 38,4 milhões de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) em 2021, totalizando 84,2 milhões de pessoas infectadas por HIV desde o início da epidemia, de acordo com dados do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/AIDS (UNAIDS). Atingindo na grande maioria populações como profissionais do sexo, gays, homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis, pessoas trans e suas parcerias sexuais que somam 70% das infecções mundialmente (UNAIDS, 2022).

A Organização das Nações Unidas (ONU), UNAIDS e OMS, afirmaram que será viável encerrar a epidemia de AIDS até 2030 em escala global. A epidemia global de AIDS tem unido esforços de autoridades de saúde, pesquisadores, profissionais de saúde e a sociedade civil em uma luta que já dura quase 40 anos (UNAIDS, 2017; ONU, 2016; OMS, 2016). Estas instituições tinham estabelecida uma meta conhecida como Meta 90-90-90, que previa que, até 2020, 90% de todas as PVHIV estariam cientes de sua condição, que 90% delas estariam em tratamento antirretroviral contínuo e que 90% das pessoas em tratamento alcançariam uma carga viral indetectável (UNAIDS, 2017).

Ainda, de acordo com a UNAIDS (2022), em 2021, 54% de todas as PVHIV eram mulheres e meninas, cerca de 4.900 mulheres jovens de 15 a 24 anos infectadas toda semana por HIV.

No Brasil, desde 2016, observa-se uma tendência de ressurgimento da epidemia de HIV, acompanhada pela redução dos investimentos internacionais e pelo fortalecimento de setores conservadores em relação às políticas públicas de saúde, resultando em uma abordagem cada vez mais restrita dos direitos humanos no enfrentamento do HIV (SEFFER; PARKER, 2016; GRANJEIRO, 2016).

Desde o início da epidemia, em 1980 até junho de 2021, o Brasil acumulou um total de 1.045.355 casos de AIDS notificados no país. Desses casos, só no ano de 2020 chegou-se a 29.917, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), declarados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e registrados no Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV (SISCEL) /Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), com uma taxa de detecção de 14,1/100 mil habitantes (BRASIL, 2021).

O boletim epidemiológico de 2021 demonstra que o HIV continua afetando centenas de pessoas todos os anos, sendo notificados no SINAN de 2007 até junho de 2021, 381.793 casos de infecção pelo HIV. Em 2020, foram diagnosticados 32.701 novos casos de HIV.

Em termos de distribuição de gênero, os homens representam 65,8% (688.348) e as mulheres 34,2% (356.885) (BRASIL, 2021, p. 10). Vale destacar que foi criada uma sensação de "êxito absoluto" na resposta brasileira, levando à suposição de que a epidemia de AIDS estava resolvida, ao mesmo tempo em que reforçava um modelo de cuidado altamente focado em tratamento medicamentoso para PVHIV (SEFFNER; PARKER, 2016). O Relatório Global do UNAIDS, denominado Prevention Gap Report, divulgado em julho de 2016, ressalta que, tanto na América Latina quanto no Brasil, o número de novas infecções pelo HIV em adultos tem apresentado um aumento gradual desde o ano 2000 (UNAIDS, 2016).

A região brasileira com o número de casos mais elevado, de acordo com o boletim epidemiológico de 2021, foi a região Sudeste com 43,3% dos casos, seguida pela região Nordeste com 19,8%, região Sul com 19,7%, região Norte com 9,5% e região Centro-Oeste com 7,7% dos casos (BRASIL, 2021).

Se tratando dos estados brasileiros, o Amazonas no período entre 1997 a 2009, portanto um período de 12 anos, figurava na vigésima posição na taxa nacional de incidência de notificação em casos de HIV sendo que a taxa tem se mostrado crescente ano a ano (MINISTERIO DA SAÚDE, 2010). Em 2021, o Amazonas tinha uma das maiores taxas de

detecção de AIDS entre todos os demais estados, sendo acompanhado do Rio Grande do Sul e Roraima, com 28,7 - 21,8 e 21,2 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2021). No ano de 2008 a UNAIDS criou um Plano Integrado de apoio à resposta à epidemia de AIDS no Amazonas, conhecido como AMAZONAIDS, representando uma iniciativa pioneira naquilo que atualmente é conhecido como abordagem local, que o UNAIDS adotou como modelo para combater a epidemia globalmente. Isso significa que não podemos considerar o país como uma entidade homogênea, mas sim adaptar nossas respostas de acordo com as particularidades das questões e desafios locais (UNAIDS,2017)

A fronteira Oeste do estado do Amazonas é importante epidemiologicamente em termos de propagação da epidemia, especialmente o município de Tabatinga, localizado na fronteira com Colômbia e Peru (Figura 01), que teve registro de 436 casos até o ano de 2021, conforme os dados do SINAN. Nesse contexto, a carga de transmissão do vírus, torna-se cada vez mais preocupante, pois para além da necessidade de cuidados estes números indicam uma circulação relevante no caso estudado. Dentro deste contexto, a carga de transmissão da doença se torna cada vez mais preocupante, sendo necessário uma mudança de comportamento e utilização obrigatória de medicamentos antirretrovirais (ARV) para suprimir a carga viral do vírus, visando proporcionar uma vida saudável. Isso se torna particularmente relevante no que se refere à saúde sexual e reprodutiva, pois a exposição ao HIV durante o nascimento de uma criança a coloca em risco de infecção viral, a menos que o acompanhamento recomendado seja rigorosamente seguido.

De acordo com o Ministério da Saúde Brasileiro (2021, p. 46) “em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%”, dessa forma, essas ações de planejamento devem envolver a oferta de Terapia Antirretroviral (TARV), bem como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) como medida de prevenção da transmissão do HIV. Os estudos científicos mostram que “Pessoas Vivendo com HIV em TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmite o HIV” (BRASIL, 2021, p. 46).

Nesse sentido, para que haja oferta de tratamento, é necessário a identificação e diagnóstico desses casos pelos serviços de saúde. Atualmente o diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais e principalmente por meio de testes rápidos para detecção do HIV, sendo a principal porta de entrada para esses usuários à Unidade Básica de Saúde (UBS), que ao detectar um caso, torna-se responsável pelo acompanhamento e seguimento do mesmo.

Durante o acompanhamento, o tratamento desses usuários passa a ser monitorado por meio do SICLOM, no qual são cadastrados todos os usuários que fazem uso de TARV e que

estejam previamente notificados no SINAN, bem como, aqueles que fazem uso de Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP) ou PrEP, por meio do qual é possível monitorar desde o tratamento, como também o atraso e abandono dos usuários cadastrados.

FIGURA 01 – Mapa com localização da região do Alto Solimões e município de Tabatinga-AM



Fonte: UNAIDS, 2017.

Considerando as especificidades de um município de fronteira, onde há um intenso fluxo de pessoas de diferentes países, sendo usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), Tabatinga é uma demonstração desse movimento, nos mostrando a dimensão da universalidade do SUS (TEIXEIRA, 2012). A movimentação de usuários em uma região transfronteiriça apresenta aos serviços de saúde uma dinâmica única, permeada pela diversidade linguística, práticas culturais e costumes distintos. Ela também traz desafios relacionados a questões como mudanças de endereço e o acompanhamento de usuários provenientes de países vizinhos que optam por receber tratamento no lado brasileiro, seja por terem recebido o diagnóstico nesse local ou por considerarem a melhor alternativa. Contudo, é importante notar que o tratamento desses indivíduos pode ter sido afetado pelos impactos da pandemia de COVID-19, uma vez que esta

crise sanitária gerou repercussões significativas em vários setores em todo o mundo, incluindo os serviços de saúde.

A luta contra o HIV é uma empreitada que se estende ao longo de um período considerável, e é um dos objetivos de desenvolvimento sustentável (ODS) da Agenda 2030, que almeja erradicar a AIDS e outras doenças transmissíveis. Isso enfatiza a importância de discutir essa temática, já que se trata de um problema contemporâneo que continua a afetar a vida de muitas pessoas, incluindo as mulheres. Dado que as mulheres constituem um grupo que requer atenção significativa em relação ao tratamento do HIV, a compreensão da situação desse tratamento oferecido a elas fornece informações cruciais para a tomada de decisões que visam aprimorar a qualidade de vida desse público.

Este estudo foi realizado com o objetivo de descrever as consequências geradas pela pandemia nos serviços de HIV destinados ao público em questão, na região de fronteira Tabatinga/Letícia, no período de 2020 a 2022. Por meio dos resultados obtidos, buscamos fornecer alternativas e sugestões para aprimorar a assistência prestada às mulheres que vivem com HIV, além de compreender as respostas tanto dos serviços de saúde quanto das próprias usuárias diante da pandemia. Nosso propósito incluiu a investigação das possíveis mudanças ocorridas durante o período da pandemia de COVID-19. Dessa forma, procuramos avaliar se as mulheres vivendo com HIV na região de fronteira entre Tabatinga e Letícia enfrentaram dificuldades devido às medidas sanitárias adotadas durante essa crise, no que diz respeito ao acesso aos serviços especializados no lado brasileiro.

Em última análise, compreender a realidade experimentada pelas usuárias do serviço prestado no município se torna essencial, pois nos possibilita reconhecer as questões atuais e avaliar as estratégias implementadas para enfrentar a pandemia. Além disso, o estudo proporcionou *insights* por meio dos relatos de experiência compartilhados por essas mulheres, o que permitiu identificar, sob a perspectiva das usuárias, as principais barreiras enfrentadas no acesso aos serviços de HIV durante a pandemia. Isso nos proporcionou uma compreensão mais profunda das situações vivenciadas por elas durante um período de crise de saúde pública e instabilidade sanitária em uma região sujeita a mudanças constantes.

A dissertação está estruturada em dois capítulos principais. O primeiro capítulo aborda a epidemia do HIV e a pandemia da COVID-19. O segundo capítulo apresenta os resultados obtidos por meio das entrevistas e promove a discussão dessas descobertas. A conclusão desta pesquisa traz as percepções obtidas a partir das entrevistas com mulheres vivendo com HIV, considerando as circunstâncias singulares de uma região de fronteira. O trabalho inclui a

descrição das experiências e dificuldades enfrentadas durante a pandemia, permitindo ao pesquisador identificar as principais barreiras de acesso aos serviços de saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo, sobre a atenção à saúde da mulher na região na tríplice fronteira do Alto Solimões, na Amazônia. Para Minayo (2014) a esse tipo de pesquisa envolve a busca pelo que não se pode quantificar e considera a análise qualitativa dos dados adquiridos por meio de crenças, significados, aspirações, valores e atitudes do indivíduo ou de determinado grupo. Para ele, o sujeito é um serativo capaz de pensar, fazer e interpretar suas ações e sua relação com o meio.

Baseado nesse conceito, trataremos de realizar uma abordagem qualitativa focada no comportamento humano e suas percepções quanto ao objeto de estudo pesquisado.

2.2 ÁREA DE ESTUDO

Nosso campo de pesquisa será o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Tabatinga. Tabatinga é um município do estado do Amazonas, que possui um quantitativo populacional estimado em 67.182 indivíduos, de acordo com o IBGE (2020), estando situado na região do Alto Solimões do norte do Brasil, fazendo fronteira com cidades do Peru e Colômbia.

FIGURA 02 – Fotografia aérea das cidades Leticia e Tabatinga



Fonte: Euzébio (2011)

Sua rede de saúde está organizada em nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), das quais uma é unidade Fluvial. Essas unidades contam com integrações de programas como,

Programa de Controle da Hanseníase e Tuberculose, Programa Melhor em Casa, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, Telessaúde, Centro de Testagem e Aconselhamento e Serviço de Atendimento Especializado. O município conta ainda com duas Unidades Hospitalares, das quais uma atende a população em geral e a outra apenas militares e dependentes.

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Por ser um estudo qualitativo, não amostral, o projeto contou com a participação de 10 (dez) mulheres que viviam com HIV, que estavam vinculadas ao SAE e recebiam acompanhamento regularmente por esse serviço, e que residiam na área de fronteira Tabatinga/Leticia. Após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), essas mulheres foram abordadas primeiramente por um profissional de saúde do SAE designado pelo gestor do serviço durante suas visitas ao SAE. A abordagem também incluiu contato telefônico com aquelas que haviam autorizado previamente o contato, como parte do fluxo de trabalho do serviço. Durante essa abordagem, o profissional explicou os detalhes da pesquisa no município e consultou se as mulheres estariam dispostas a participar do estudo, que consistia em uma entrevista. As entrevistas foram conduzidas em um ambiente seguro, (sala) no SAE e no diálogo com a pesquisadora, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em nenhum momento, a pesquisadora entrou em contato diretamente com as usuárias para convidá-las a participar do estudo. O contato entre a pesquisadora e a participante se deu mediante a aceitação desta, mediada pelo profissional de saúde do SAE, que a usuária já conhecia.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DA PESQUISA

Para coleta dos dados para pesquisa foi utilizado um instrumento aberto de entrevistas para as usuárias selecionadas e que aceitaram participar da pesquisa. De acordo com Gil (2008, p. 109), essa técnica de pesquisa envolve uma formulação de questões que são aplicadas a pessoas e possui como objetivo a obtenção “sobre conhecimentos, crenças, sentimentos, valores, interesses, expectativas, aspirações, temores, comportamento presente ou passado etc.”. Sendo assim, através dessa buscaremos os dados da pesquisa, em um contato indireto por meio de um roteiro de entrevistas aplicado às usuárias do SAE.

Gil (2008) enfatiza que a entrevista é constituída de um roteiro que orientará a conversa e o diálogo com o grupo a ser pesquisado, possibilitando uma participação ampla das pessoas, garantindo o anonimato e, além disso, permite que os participantes respondam no

momento mais conveniente.

Dito isso, aplicamos uma entrevista aberta, que, conforme definido por Gil (2008), envolve a solicitação aos participantes para que forneçam suas próprias respostas. Nesse contexto, um roteiro de entrevista foi administrado às usuárias do SAE em uma sala dedicada a isso, onde puderam responder às perguntas sem a necessidade de se identificarem. Isso possibilitou que compartilhassem suas perspectivas centrais sobre como a pandemia afetou suas vidas e a prestação de serviços.

O roteiro de entrevista para as mulheres compreendia os seguintes blocos temáticos: A) Dados sociodemográficos; B) Informações relacionadas aos serviços e ao acesso à assistência; C) Os efeitos da pandemia em suas vidas.

2.5 PLANO DE ANÁLISE DE DADOS

Após a coleta de dados, iniciamos a análise dos mesmos, com o objetivo de organizar e sumarizar os dados a fim de encontramos respostas para o objeto pesquisado (GIL, 2008). Nesse sentido, os dados foram processados por meio do agrupamento de informações obtidos através das entrevistas, levando em consideração as respostas desfavoráveis e favoráveis em relação aos impactos da pandemia no atendimento oferecido às mulheres vivendo com HIV.

2.6 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Os critérios de inclusão para as mulheres foram os seguintes: ser mulher vivendo com HIV em acompanhamento pelo SAE de Tabatinga; viver na região de fronteira Tabatinga ou Letícia, ser maior de 18 anos; ter sido diagnosticada com HIV até o ano de 2022; aceitar participar da pesquisa durante a abordagem no SAE.

2.7 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Os critérios de exclusão para as mulheres foram os seguintes: mulheres vivendo com HIV que residam na região de fronteira porém no momento da aplicação do roteiro de entrevista não se encontrem na região; mulheres de 18 anos ou mais que não estejam em boas condições psíquicas e emocionais.

2.8 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Primeira Etapa: Foi definido o objeto de pesquisa e realizado o levantamento bibliográfico para embasar o estudo.

Segunda Etapa: Em seguida, foi dialogado com os gestores locais e o coordenador do SAE, apresentado os objetivos do trabalho e obtido autorização para condução da pesquisa no local.

Terceira Etapa: Foi desenvolvido o instrumento de pesquisa e apresentado ao coordenador do SAE, que indicou um ponto focal (profissional do serviço) para mediar o contato com as participantes.

Quarta Etapa: Após a aprovação do CEP, o ponto focal entrou em contato com as usuárias do SAE para verificar se estavam dispostas a participar da pesquisa.

Quinta Etapa: A coleta de dados foi realizada por meio do instrumento de pesquisa, com as usuárias que consentiram em participar do estudo. Esse processo ocorreu em um ambiente seguro, dentro das instalações do SAE, e foi conduzido pela pesquisadora, seguindo a leitura prévia e a obtenção da assinatura do TCLE.

Sexta Etapa: Ocorreu a organização e análise das respostas coletadas, com a subsequente discussão dos resultados obtidos.

Sétima Etapa: A dissertação foi elaborada e os resultados da pesquisa foram divulgados.

Oitava Etapa: Apresentação aos gestores dos resultados e discussão das possíveis aplicações aos serviços e publicação de artigos.

2.9 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS DA PESQUISA

Tratou-se de uma pesquisa como requisito do Programa Educacional de Vigilância em Saúde nas Fronteiras - VIGIFRONTTEIRAS-Brasil, que contou com o consentimento das participantes do estudo. Foi mantido o sigilo e a confidencialidade dos mesmos durante todas as fases do trabalho e a submissão ao CEP, garantindo à participante que a pesquisa estava sendo conduzida sob rigorosos princípios científicos e éticos. Além disso, foi assegurado o direito à assistência integral gratuita através do SUS, no município e/ou estado da região em questão, caso ocorressem danos diretos e/ou indiretos, imediatos e/ou tardios decorrentes da participação no estudo, pelo tempo que fosse necessário.

Este estudo foi conduzido de acordo com as resoluções do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovado para execução sob o parecer de número 6.210.707 do CEP.

A pesquisa poderia apresentar riscos, tais como riscos emocionais, psicológicos e

morais, como a possibilidade de expressar falas, posicionamentos, medos, vergonha, receios em não saber responder ou de ser identificado, bem como opiniões expressas que foram citadas no estudo. No entanto, esses riscos foram mitigados pela aplicação de um roteiro estruturado em um ambiente seguro, garantindo o sigilo das respostas, que seriam consideradas confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos. Além disso, foi assegurado o acesso a um ambiente que proporcionasse privacidade durante a coleta de dados, adotando-se uma abordagem humanizada com escuta atenta e acolhimento da participante, obtendo-se informações apenas relevantes para a pesquisa.

Quanto aos riscos psicológicos, foi reconhecido que falar sobre a vivência cotidiana ou prática de trabalho poderia afetar as participantes, e caso isso fosse observado, a pesquisadora responsável se comprometia a trabalhar em conjunto com a Secretaria de Saúde do município para oferecer apoio no Centro de Apoio Psicossocial ou serviço equivalente. Se algum dano fosse comprovadamente decorrente da pesquisa, estava assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação, conforme o Código Civil, o Código de Processo Civil, a Resolução nº 466/2012 e a Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

A pesquisa também poderia envolver riscos emocionais relacionados à pandemia, e para minimizá-los, as participantes seriam encaminhadas para serviços de apoio psicossocial disponíveis nos municípios em resposta à pandemia. Foi garantido que não haveria identificação nominal no formulário nem no banco de dados, preservando assim o anonimato das participantes, e que qualquer dado que pudesse identificá-las seria omitido na divulgação dos resultados da pesquisa. A participação era voluntária, e as participantes tinham o direito de refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que pudessem ajudá-las na tomada de decisão livre e esclarecida. Após aceitarem participar, elas poderiam retirar-se do estudo a qualquer momento, sem prejuízo para si, com a validade a partir da data da comunicação da decisão.

3 CAPÍTULO 1: CONEXÕES INESPERADAS: HIV EM TEMPOS DE PANDEMIA DE COVID-19

3.1. A EPIDEMIA DE HIV E O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO PARA CONTROLE DO VÍRUS

O HIV, abreviação para Vírus da Imunodeficiência Humana, é o agente causador da AIDS, que é a sigla para Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Sua presença no cenário mundial foi observada a partir de 1981, quando foi identificado predominantemente entre homens homossexuais na cidade de Nova York. Por meio de pesquisas subsequentes, o vírus foi isolado e estabelecido como o responsável pelo desenvolvimento dessa síndrome. (SPÍNDOLA; ALVES, 1999).

Quando a AIDS surgiu no mundo ocidental, a comunidade médica e científica enfrentou uma situação sem precedentes. Foi como se tivessem se deparado com os destroços de uma explosão que acabara de ocorrer em suas mãos. Naquele momento, não havia diretrizes claras, apenas suposições e incertezas. O medo e a morte eram as únicas certezas palpáveis. As manchetes dos jornais noticiavam milhares de casos de infecção e mortes. O ciclo de terror desencadeado pelo HIV começou com um profundo desconhecimento sobre a doença, resultando em consequências tão devastadoras quanto a própria enfermidade. O estigma, a discriminação e a perseguição atingiram grupos e comunidades inteiras, que foram injustamente culpados por carregar esse mal que afetou uma geração inteira (DA SILVA et al., 2020).

A ideia errônea de que o HIV estava restrito à comunidade gay se espalhou amplamente, levando à crença de que pessoas heterossexuais, crianças e mulheres estavam imunes à infecção, desde que não se envolvessem em comportamentos considerados promíscuos. Em 1981, quando as primeiras notícias sobre a AIDS surgiram, os meios de comunicação contribuíram para perpetuar o estigma em torno do vírus, um estigma que persiste até hoje. Isso resultou em sentimentos de vergonha, medo e intimidação de um lado, e uma falsa sensação de invulnerabilidade do outro. Naquela época, o medo do desconhecido tornava assustador fazer o teste, pedir um teste de HIV ou insistir no uso de preservativos devido ao receio de rejeição ou de ser rotulado como portador da doença. Na ausência de tratamento, muitos viam a morte como inevitável. Hoje em dia, a AIDS é tratável devido aos avanços científicos, embora a confiança na ciência ainda seja questionada. A AIDS não é apenas uma doença, mas também um problema social que afeta relacionamentos, percepções

sociais e áreas como ética, ciência e economia, tendo um impacto profundo na sociedade como um todo. (UNAIDS, 2017; DA SILVA et al., 2020).

A palavra "AIDS" tinha um impacto devastador, superando até mesmo os sintomas físicos da doença. Era um período de incubação do vírus, seguido por fraqueza, perda de apetite, febre e medo, culminando em diagnóstico, humilhação e enfrentamento do estigma social. Isso levava ao isolamento, abandono e, por fim, à morte. A AIDS carregava um estigma moral e resultava em exclusão social, prejudicando emocionalmente os usuários antes mesmo dos sintomas físicos aparecerem. No entanto, desde a descoberta da AIDS, houve avanços significativos, substituindo a sentença de morte por perspectivas de tratamento, disponibilizando testes rápidos e autotestes, e aprofundando nossa compreensão da doença. Agora sabemos que a AIDS não se restringe a um grupo específico e que até mesmo pessoas casadas com parceiros únicos podem ser afetadas, além de haver a possibilidade de transmissão de mãe para filho. Apesar desses progressos, a discriminação e o preconceito persistem, e a desinformação continua a ser um obstáculo, muitas vezes assumindo novas formas (DA SILVA et al., 2020).

O HIV age de forma severa contra o sistema imunológico do corpo humano, que atua na defesa do organismo. As principais células comprometidas por ele, são os chamados linfócitos T CD4+, em um processo de replicação do próprio vírus, buscando outras células para continuar sua multiplicação (BRASIL, 2022).

Biologicamente falando, o HIV possui um período de incubação prolongado para manifestação clínica dos sintomas e propagação no organismo, estando aí a importância da realização frequente de testes diagnósticos, para se saber precocemente o estado sorológico individual, a fim de permitir um tratamento oportuno.

O HIV é um retrovírus, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*. Esses vírus compartilham algumas propriedades comuns: período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune (BRASIL, 2022).

O período prolongado de incubação do vírus explica o porquê de que alguns indivíduos que sejam portadores do HIV ainda não tenham desenvolvido quadros de AIDS.

Ter o HIV não é a mesma coisa que ter AIDS. Há muitos soropositivos que vivem anos sem apresentar sintomas e sem desenvolver a doença. Mas podem transmitir o vírus a outras pessoas pelas relações sexuais

desprotegidas, pelo compartilhamento de seringas contaminadas ou de mãe para filho durante a gravidez e a amamentação, quando não tomam as devidas medidas de prevenção (BRASIL, 2022, p. 1).

Dessa forma, percebe-se um estigma relacionado a nomenclatura e/ou classificação de PVHIV e aquelas com AIDS, porém há uma diferenciação entre elas. Isso não significa dizer que uma pessoa que ainda não esteja com um quadro clínico de AIDS, não transmita o HIV. Se o portador de HIV tiver relações sexuais desprotegidas ou outras situações de risco, este pode facilmente contaminar outros indivíduos. Fora isso, há também a transmissão de forma vertical principalmente de mãe para filho durante a gestação.

Com relação à AIDS, esta é tida como um quadro de saúde agravado por meio da infecção pelo HIV, ocorrendo conseqüentemente em indivíduos que possuem altos níveis de carga viral do vírus, ou que não estejam em tratamento com ARV.

Diferente dos primeiros coquetéis ofertados para o tratamento do HIV, que consistia em uma combinação de diversos medicamentos separados, chamados de medicamentos ARV ou antirretrovirais, atualmente o tratamento é ofertado em diversos países inclusive o Brasil, com drogas combinadas, porém em quantidade de comprimidos reduzidos, de acordo com a resposta ao tratamento dada por cada indivíduo. Essas drogas são capazes de evitar a multiplicação do vírus, sendo essenciais para a qualidade de vida das PVHIV.

Os medicamentos ARV surgiram na década de 1980 para impedir a multiplicação do HIV no organismo. Esses medicamentos ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Por isso, o uso regular dos ARV é fundamental para aumentar o tempo e a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV e reduzir o número de internações e infecções por doenças oportunistas (BRASIL, 2022).

O tratamento é a principal forma de proporcionar uma vida “normal” àqueles indivíduos que vivem com o vírus, sendo ofertado no Brasil desde 1996 a todos as pessoas diagnosticadas, de acordo com o Ministério da Saúde (2022).

3.2 MULHERES VIVENDO COM HIV NO BRASIL

O HIV é um vírus que pode acometer qualquer pessoa, independentemente de raça, cor ou sexualidade, no entanto há alguns públicos que são bem mais afetados, decorrentes de diversos fatores condicionantes.

De acordo com o boletim epidemiológico de HIV no Brasil em 2021, no período de 2007 a 2021 foram notificados no SINAN 266.360 (69,8%) indivíduos do sexo masculino e 115.333 (30,2%) do sexo feminino. (BRASIL, 2021).

Apesar de o quantitativo de mulheres infectadas pelo HIV corresponder a um quantitativo reduzido quando comparado aos homens infectados, ainda assim é um número expressivo, principalmente por estas muitas vezes estarem em período de gestação, que de acordo com o mesmo boletim:

No Brasil, no período de 2000 até junho de 2021, foram notificadas 141.025 gestantes infectadas com HIV [...]

Em um período de dez anos, houve um aumento de 30,3% na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2010, registraram-se 2,1 casos/mil nascidos vivos e, em 2020, essa taxa passou para 2,7/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV (BRASIL, 2021, p.10).

Sendo assim, a infecção pelo HIV, se alastra cada vez mais em mulheres brasileiras, em parte sendo explicada pelo aumento da sensibilidade no diagnóstico, porém o que não deixa de ser um problema de saúde a ser analisado. O boletim também aponta que grande parte dessas mulheres afetadas estão entre as jovens de 20 e 24 anos. Dessa maneira, percebemos o quão alto é o número de mulheres que vivem com HIV no Brasil e que até recentemente no boletim de 2021, estas ocupavam uma posição preocupante no número de casos no Brasil.

3.3 MULHERES EM IDADE FÉRTIL COM HIV

Ao longo da vida das mulheres, estas passam por diversos processos naturais que se estendem desde a infância até a fase adulta. A idade fértil, compreende um desses processos com duração de um longo período, iniciando-se a partir da menstruação, conhecida como menarca, durando até menopausa, fase essa que marca o fim do seu período fértil. Segundo Martins, Costa e Batista (2014), no Brasil as mulheres em idade fértil compreendem a faixa etária de 10 a 49 anos, em contraste com os parâmetros internacionais que consideram a faixa etária a partir de 15 anos até os 49 anos de idade.

Como verificado anteriormente, o número de mulheres em idade fértil e gestantes vem aumentando cada vez mais, o que pode incrementar o número de casos de transmissão vertical do HIV e de acordo com Chaves, Sousa e Almeida *et al*(2019), torna-se um fator de

risco para a saúde, por propiciar maior morbidade e mortalidade perinatal:

O processo de feminização da epidemia da AIDS no Brasil é preocupante para saúde pública por haver uma maior morbidade e mortalidade perinatal, diminuição da fertilidade e aumento dos casos de transmissão vertical, aumentando, assim, o número de indivíduos infectados com o HIV (CHAVES; SOUSA; ALMEIDA *et al.*, 2019, p. 2).

A prevenção da transmissão do HIV de mãe para filho no Brasil tem sido promovida pela Coordenação Nacional de IST e AIDS, em resposta à crescente heterossexualização da epidemia e ao aumento da sua incidência entre mulheres em idade fértil, o que representa um risco potencial para seus bebês. Para combater a transmissão vertical do HIV, é crucial manter ações que enfatizem a educação, especialmente entre os jovens, e a promoção do uso de preservativos nas relações sexuais. (FERNANDES; ARAÚJO; MEDINA-ACOSTA, 2005). Esse processo de feminização da epidemia está condicionado a diversos fatores que influenciam no aumento do número de casos de mulheres com HIV, dentre estes fatores podemos citar de acordo com Chaves, Sousa e Almeida *et al* (2019, p. 2) os “fatores individuais, sociais e pragmáticos”, que se caracterizam por comportamentos individuais, quando relacionada as decisões que este toma, frente aos riscos de contaminação pelo HIV; sociais quando envolvem aspectos socioeconômicos, condições de saúde, entre outros aspectos sociais do indivíduo; e pragmáticas quando se voltam para aspectos culturais de ações dessas mulheres, influenciando em suas escolhas. No que tange ao comportamento de risco.

O aumento da AIDS entre as mulheres, sua maior incidência durante a idade reprodutiva e o fato da forma predominante de infecção decorrer das relações heterossexuais, faz com que a AIDS seja um tema de crucial importância para a saúde sexual e reprodutiva das mulheres, pois ela também aparece associada a outros desfechos de saúde [...] (TEIXEIRA, 2012, p. 51).

Dessa forma, vemos que não apenas os homens são afetados pelo HIV, muito menos são os que tem um desfecho de saúde ruim, já que os impactos do vírus na vida do indivíduo agem em ambos os infectados, requerendo dessa forma atenção em todos os casos.

3.4 HIV EM CONTEXTO DE PANDEMIA DA COVID-19

A Covid-19 ou Coronavírus, com início de casos registrados em 2019 e que se alastrou pelo mundo até os dias atuais, caracterizada como pandemia em 2020 pela OMS, somou impactos significativos para diversos setores mundiais, principalmente a setores da área da saúde. No que diz respeito a doença, ela é caracterizada por suas complicações respiratórias e sua alta taxa de mortalidade em populações idosas e com doenças crônicas, como o HIV:

A COVID-19 é altamente perigosa devido as suas complicações respiratórias o que o dificulta seu controle, já acometeu o mundo com altas taxas de mortalidade, principalmente, entre a população de idosos e aqueles com problemas de saúde crônicos pré-existentes, como doenças cardiovasculares, diabetes, doenças respiratórias, PVHIV, câncer e demais doenças autoimunes, pois esses indivíduos quando infectados, têm maior probabilidade de desenvolver a forma grave da doença(PARENTE, 2021, p.2 *apud* MOURA e COSTA, 2020).

Dentre os principais impactos da pandemia no seguimento de PVHIV, destacamos aqueles relacionado ao tratamento e diagnóstico precoce, pois com a necessidade do isolamento social, muitas pessoas que realizavam o tratamento acabaram deixando de ir aos serviços o que conseqüentemente pode ter influenciado em atrasos de dispensação de medicamentos e até mesmo o abandono. Além disso, a pandemia não só pode ter deixado conseqüências no passado, como também ainda pode gerar futuras, principalmente decorrente de demandas reprimidas no que tange ao diagnóstico e tratamento de PVHIV.

[...] ao término dessa pandemia, poderá existir uma demanda reprimida de pessoas necessitando de assistência à saúde, por terem retardado a realização dos seus exames anuais de rotina ou por estarem apresentando complicações decorrentes de doenças crônicas prévias ou adquiridas, durante o período em que se mantiveram em isolamento social, visto que, em razão do medo de contraírem o vírus, não buscaram atendimento ou simplesmente não conseguiram agendamento (PARENTE, 2021, p. 4).

Como explica Parente (2021), com a pandemia instalada, a maioria dos serviços de saúde necessariamente tiveram que reduzir o número de agendamentos, o que implicou na desistência ou perda de seguimento no tratamento de diversas pessoas que optaram por seguir o isolamento, e, posteriormente, a conseqüência dessa paralização ou redução necessária nos serviços de saúde será desencadeada nos mesmos setores.

Sendo assim, é evidente que a pandemia produziu e ainda produzirá grandes impactos na saúde global e nacional. No que tange ao HIV, como este é um grande problema de saúde acaba sofrendo com as consequências dessa pandemia, que poderá reter seus reflexos a curto e longo prazo. Como bem enfatizou Celuppi, Meirelles e Lanzoni *et al* (2022, p. 2), “embora instituições internacionais e órgãos governamentais já venham demonstrando preocupação com a epidemia de HIV ao longo dos anos, a pandemia de COVID-19 apresenta inúmeras barreiras e desafios à continuidade do cuidado”.

3.5 PANDEMIA POR COVID-19 NA FRONTEIRA

A COVID-19 surgiu como uma crise de saúde pública que afeta a população desde o final de 2019. Além desse problema, há a infecção pelo HIV, resultando em uma sindemia com um impacto significativo na saúde pública. Ambas as infecções causam danos à saúde das pessoas afetadas, o que gera desafios e incertezas no acompanhamento e na gestão dos cuidados médicos fornecidos. A combinação dessas infecções pode aumentar a predisposição das vítimas a sintomas clínicos mais graves e a um prognóstico menos favorável, uma vez que as PVHIV podem ser mais vulneráveis e suscetíveis a complicações mais sérias da COVID-19 em comparação com a população em geral (SANTOS et al., 2022).

É notório que a pandemia trouxe consequências em larga escala em todo o mundo, tendo seu comportamento variado de acordo com cada localidade. Alguns países tiveram melhores resultados quanto ao enfrentamento e por conta de estratégias tomadas bem-sucedidas.

A atuação e coordenação governamental no enfrentamento da pandemia assumiu um papel decisório no desfecho da pandemia em diversos países. Como diz Machado et al (2022) a governança aparenta ser um aspecto central de resposta à pandemia, principalmente por envolver ações estratégicas de coordenação nacional, relacionada as medidas sanitárias e intersetoriais, indispensáveis nesse contexto pandêmico.

Na América Latina, dentre algumas medidas consideradas como mais efetivas, estão: a resposta articulada entre as esferas governamentais e área política, pautando-se na atuação séria do governo federal com esforço de coordenação federativa, à exemplo de país que adotou essas medidas e teve um boa resposta à pandemia, podemos citar a Argentina, conforme aponta Machado et al (2022), durante um estudo que permeava as respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada, destacando a Argentina como o país que teve melhor desempenho

na resposta e atuação no enfrentamento a emergência de saúde por parte do governo nacional entre os países da América Latina.

Outras medidas consideradas efetivas durante a emergência, além da capacidade nacional de resposta à covid-19, estão ações como: o fortalecimento da rede laboratorial; fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS); governança informativa, principalmente relacionado a divulgação de informações de saúde fidedignas em tempo hábil à população; maior investimento nos sistemas de proteção social e de saúde; investimento em ciência e tecnologia; investimento em setores de produção de insumos farmacêuticos e principalmente o fortalecimento de aspectos político-institucionais (PEREIRA. A.M.M *et al* 2021).

Dito isso, cada país assumiu um posicionamento que julgou ser a melhor estratégia, seguindo ou não as orientações científicas, no enfrentamento ao problema. Dentre as medidas adotadas, estão o fechamento das fronteiras e interrupção do fluxo de pessoas entre as cidades gêmeas, que são aquelas que apresentam um mesmo espaço urbano, sem acidentes geográficos, o que permite o fluxo intenso de pessoas na linha imaginária que elas compartilham (BENTO, 2015). Tabatinga e Letícia se enquadram perfeitamente nesse perfil.

O estreitamento de laços entre as cidades gêmeas contribui significativamente para o grande fluxo de pessoas entre as duas localidades e o seu interrompimento repentino fatidicamente acarreta mudanças no cotidiano das mesmas, como aconteceu durante a pandemia.

Afunilando os efeitos da pandemia em nível local, no lado brasileiro o estado do Amazonas instituiu algumas restrições para evitar a propagação do contágio por COVID-19, dentre as quais incluem medidas restritivas que englobaram a cidade de Tabatinga, medidas como a suspensão dos transportes fluviais de passageiros, que é um dos meios principais de locomoção de indivíduos às demais cidades do estado nessa região, foram destaque na mudança de comportamento pessoal provocado pela pandemia (GOVEIA, 2020).

No lado colombiano as medidas foram mais rígidas, sendo decretado pelo governo local o fechamento de todas as fronteiras terrestres do país, tendo suas fronteiras monitoradas pelo exército colombiano, visando diminuir a propagação do vírus (GOVEIA, 2020 *apud* COLÔMBIA, 2020b).

Essas medidas alteraram o modo de vida na fronteira e impactou sobre a economia local e afetou as relações familiares e sociais. Schweickardt *et al* (2022, p.41) durante um estudo sobre as práticas sociais de enfrentamento a COVID-19 na Amazônia, mostra que os usuários da Atenção Básica enfrentaram problemas no processo de adaptação e seguimento de “orientações sanitária de isolamento, higienização, uso de máscaras e distanciamento físico

porque as condições socioeconômicas não combinavam com tais orientações”. Assim sendo, o novo contexto de vida que foi imposto era totalmente desalinhado com as condições socioeconômicas atuais que a população tinha, já que o estilo de vida dessas pessoas requeria o contato com outras, bem como, impossibilitava que elas permanecessem em confinamento.

Além disso, a maioria da população não tinha como seguir as orientações de isolamento em situações de moradia e saneamento precárias ou pessoas que não podiam de deixar de trabalhar, tendo que utilizar o transporte público. Neves et al. (2022, p. 133) mostram que no Brasil os “trabalhadores informais e diaristas que mais morreram pelo COVID-19, pois tiveram que se expor ao risco de contrair o vírus, tendo que escolher entre sobreviver ou se contaminar, pois poderia morrer de um ou de outro jeito”.

A duração da pandemia alterou o curso de vida dos trabalhadores em saúde, pois passaram a ter um planejamento de futuro esmaecido (SCHWEICKARDT *et al*, 2022 *apud* CRUDI *et al*, 2022). O sofrimento decorrente da pandemia, é visto de forma generalizada, e quando nos referido ao quesito saúde, os impactos presentes e a incerteza da melhoria daquele quadro pareciam esgotar as soluções para o problema.

Nesse sentido, compreendemos que os efeitos da pandemia se estendem entre todos os indivíduos, trabalhadores formais e informais, usuários do SUS e profissionais de saúde, que tiveram de se reinventar através de novas práticas sociais, a fim de amenizarem as consequências de um problema global.

4 CAPÍTULO 2: DESAFIOS E RESILIÊNCIA: MULHERES, HIV, COVID-19 E A VIDA NA FRONTEIRA

4.1 O TRABALHO DE CAMPO E SUAS PECULIARIDADES

O trabalho de campo foi realizado no município de Tabatinga-AM, sendo realizado de 07 a 11 de agosto de 2023, neste período foram realizadas um total de 10 (dez) entrevistas com mulheres que vivem com HIV. O trabalho de campo também serviu para observar como ocorre o fluxo de atendimentos, dispensação de medicações, assim como são realizadas as consultas pela equipe multidisciplinar.

As entrevistas foram compostas por questões semiestruturadas, aplicadas pela própria pesquisadora, tentando compreender os efeitos causados pela emergência sanitária em um território de fronteira, dentro de um setor tão específico, importante e até o presente momento rodeado de estigmas. Considerando a importância do contexto das entrevistas, é fundamental mencionar que foram conduzidas com o conhecimento prévio da entrevistada sobre o estudo, sendo informado o motivo e o assunto da entrevista. Antes de todas as entrevistas, o TCLE, disponível no Apêndice deste trabalho, foi lido para os participantes. As entrevistas foram gravadas em áudio, permitindo uma coleta e registro mais precisos.

As participantes da pesquisa apresentaram opiniões sobre os atendimentos, serviços e as ações desenvolvidas dentro do seu território. As questões e resultados das entrevistas foram organizados de acordo com as dimensões de análise propostas na metodologia (anteriormente apresentada) e trouxeram reflexões sobre os desafios apresentados aos gestores locais durante a crise sanitária causada pelo espriamento da COVID-19. Os resultados serão apresentados através de relatos das usuárias do serviço.

Cabe ressaltar que não foi tarefa fácil fazer a abordagem inicial e recrutar as participantes para as entrevistas por diversos motivos, dentre eles, a dificuldade de contato telefônico, pois muitos estão desatualizados, mudanças de endereço frequentes, o que é comum em uma região com grande mobilidade populacional. Outro fator relevante observado é que muitas destas usuárias são cadastradas no SAE de Tabatinga, porém residem em municípios vizinhos, e comparecem ao serviço quando necessitam das medicações ou consulta. A observação do serviço e contato com as equipes do SAE permitiu observar que as usuárias têm receio dos estigmas que ainda circundam o ideário da sociedade sobre este agravo. Essa questão foi bem presente no relato das entrevistadas.

4.2 O FLUXO DE ATENDIMENTO AS MULHERES VIVENDO COM HIV EM TABATINGA, ADOTADO DURANTE A PANDEMIA

4.2.1 O diagnóstico e suas consequências

Nos últimos 15 anos, o Brasil fez diversos avanços no enfrentamento a epidemia do HIV, como estabilizar a taxa de detecção do HIV e diminuir o coeficiente de mortalidade por AIDS no período (UNAIDS,2022). No entanto, os resultados positivos se depararam com a persistência da epidemia em algumas áreas do Brasil. Nesse contexto, foram implementadas iniciativas específicas pelas agências que fazem parte do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, incluindo o surgimento do programa Amazonaids, na região do Alto Solimões.

O programa enfrentou a resistência do estigma e do preconceito. Grupos em situações de vulnerabilidade, como trabalhadoras do sexo e a comunidade de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transgênero (LGBT), acabam sujeitos a uma dupla estigmatização quando o HIV e a AIDS se somam à discriminação que enfrentam. Especificamente, o combate a essa situação no Alto Solimões apresentava desafios excepcionalmente complexos. Além de enfrentar um desafio logístico, a maior parte dos deslocamentos depende de barcos, com pouquíssimos pontos com acesso por terra. A região é caracterizada por ser uma área de tríplice fronteira, onde convergem os territórios do Brasil, Colômbia e Peru. Esse local remoto facilita as operações do narcotráfico e do crime organizado, apesar da presença militar substancial. Todos esses fatores de vulnerabilidade trabalhavam contra o Alto Solimões (UNAIDS,2022).

O consumo de substâncias entorpecentes é amplamente difundido nessa região, com índices de violência contra mulheres significativamente elevados, um aumento notável na violência sexual, uma considerável presença de prostituição, tudo isso ocorrendo sem medidas eficazes de prevenção de IST.

As Unidades Básicas de Saúde no lado brasileiro também prestam assistência aos peruanos e colombianos que utilizam o sistema de saúde público e universal. A diversidade étnica e cultural da região, que abriga grandes comunidades indígenas e ribeirinhas espalhadas por uma vasta extensão geográfica, representa um desafio adicional para a implementação de qualquer programa de saúde. A saúde em regiões de fronteira sofre grande influência da mobilidade populacional, que incrementa o risco da emergência e reemergência de doenças.

Além disso, as atividades de grande impacto ambiental, ocupação desordenada do espaço, falta de acesso aos serviços de saúde e das condições de vida de grupos em situação de vulnerabilidade trazem desafios para as ações de saúde e a vigilância no contexto das relações transfronteiriças (LEVINO; CARVALHO, 2011; MACHADO; LIMA; BAPTISTA, 2017).

A região do Alto Solimões também abriga a maior parte da população indígena do Amazonas, que, por sua vez, representa mais da metade de todos os indígenas no Brasil. Antes da implementação do projeto Amazonaids, essa população indígena enfrentava sérias restrições no acesso a diagnósticos, tratamentos e medidas preventivas para as IST.

Nos primeiros três anos de operação do Amazonaids, mais de 80% de todos os tikunas sexualmente ativos na região do Alto Solimões foram submetidos a testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais. De acordo com levantamentos realizados sobre os povos indígenas no Brasil entre 2006 e 2010, estima-se que a população Tikuna seja composta por mais de 50 mil pessoas.

No âmbito da gestão pública federativa do SUS, os municípios possuem autonomia para a execução e administração dos serviços da APS. Nesse contexto, é importante reconhecer a influência do governo federal na formulação e promoção de políticas e ações estratégicas, exemplificada pela normativa de 2002, que introduziu a descentralização da atenção às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA) dos centros de especialidades para a APS. Essa mudança resultou em ajustes nas diretrizes clínicas e normativas nacionais relacionadas ao diagnóstico e tratamento, tanto em casos gerais quanto em situações específicas, fortalecendo, desse modo, o papel desempenhado pela APS no cuidado (GRANGEIRO et al., 2012).

A pesquisa mostrou que, em sua maioria, as entrevistadas receberam os seus diagnósticos no período após o reforço das ações promovidas pelo programa Amazonaids, variando de 2 anos a 10 anos de tratamento. É importante observar que esse longo tempo de vinculação ao serviço, permitem as usuárias um conhecimento dos fluxos de atendimento, como por exemplo, dias de consultas médicas e dias de realização de exame de Carga Viral.

O longo período de vinculação ao SAE, assim como na APS, também faz com elas tenham um contato maior com os profissionais de saúde que atuam no local. Durante as entrevistas elas tiveram a oportunidade de expor como foi a descoberta do seu diagnóstico destacando o momento do recebimento dos diagnósticos e as consequências para as suas vidas. As entrevistas refletem o estigma que ainda prevalece em grande parte da sociedade e isso implica na aceitação do diagnóstico por parte das usuárias.

Dependendo do grau de angústia psicossocial, as condições de vulnerabilidade a comportamentos autodestrutivos podem aumentar, envolvendo agressões direcionadas a si mesmas de diversas maneiras, o que pode resultar em sérios danos à vida, incluindo risco de morte. Portanto, o comportamento auto lesivo muitas vezes emerge como uma tentativa de aliviar um sofrimento prolongado ou intenso, quando outras estratégias se mostraram ineficazes. Algumas condições crônicas de saúde, como a infecção pelo HIV, podem criar desafios difíceis de enfrentar, aumentando a predisposição ao risco de comportamentos autodestrutivos (MALAVA et al., 2018).

O aumento da incidência do HIV entre as mulheres está ligado a vulnerabilidades específicas, uma vez que ter um parceiro estável muitas vezes cria uma falsa sensação de proteção contra o vírus em nossa sociedade. As dinâmicas de gênero estão intrinsecamente ligadas a situações de dependência socioeconômica e emocional de algumas mulheres em relação a seus parceiros. Além disso, em vários cenários sociais, as mulheres enfrentam desafios que incluem acesso limitado à educação, ocupação de empregos precários e uma valorização excessiva da maternidade, bem como da posição de "esposa" em comunidades de baixa renda (GONÇALVES et al., 2020). Os desafios que agravam a vulnerabilidade das pessoas ao HIV, como o isolamento das ações e programas, a ênfase no modelo biomédico de atendimento, as desigualdades no acesso aos serviços de saúde e apoio social, a crise financeira global e a persistência de atitudes preconceituosas e discriminatórias em relação ao HIV, não foram plenamente superados para garantir uma maior inclusão das pessoas que vivem com HIV e das populações-chave nas políticas sociais e de saúde. Essa situação é evidenciada pelos dados apresentados no Quadro 01, que enfatiza as informações sociodemográficas fornecidas pelas entrevistadas, mostrando que o desemprego, o trabalho informal e a condição de dona de casa frequentemente resultam em circunstâncias socioeconômicas desfavoráveis.

QUADRO 01: Informações Sociodemográficas

Entrevistadas	Idade	Situação conjugal	Trabalho	Filhos	Moradia	Renda	Auxílios
Entrevistada 01	49	Vive com alguém	Em casa	4	Casa Própria	Menos que o salário mínimo	Bolsa Família
Entrevistada 02	47	Viúva	Em casa	6	Aluguel	Menos que o salário mínimo	Outros(Pensão dos filhos)
Entrevistada 03	43	Separada	Em casa	3	Casa Própria	Entre 1 e 2 salários mínimos	Outros(Seguro BPC)
Entrevistada 04	21	Vive com alguém	Desempregada	1	Casa Própria	Entre 1 e 2 salários mínimos	Bolsa Família
Entrevistada 05	56	Separada	Informal	5	Casa Própria	Menos que o salário mínimo	Bolsa Família
Entrevistada 06	42	Vive com alguém	Empregada	5	Casa Própria	Menos que o salário mínimo	Bolsa Família
Entrevistada 07	20	Vive com alguém	Informal	Não	Vive com parentes	Menos que o salário mínimo	Auxílio Emergencial
Entrevistada 08	40	Solteira	Desempregada	2	Casa Própria	Menos que o salário mínimo	Não recebe
Entrevistada 09	25	Vive com alguém	Em casa	Não	Casa Própria	Menos que o salário mínimo	Não recebe
Entrevistada 10	39	Viúva	Empregada	3	Casa Própria	Entre 2 e 3 salários mínimos	Não recebe

Fonte: Elaboração Própria

Pesquisas revelaram que PVHA frequentemente enfrentam consideráveis pressões sociais e emocionais, podendo reagir de maneira desfavorável a essas tensões, mesmo quando recebem apoio psicossocial especializado.

A disseminação do termo "grupo de risco" através da mídia de massa teve duas repercussões prejudiciais na prevenção do HIV/AIDS. Em vez de promover a conscientização e prevenção, esse conceito restringiu erroneamente o grupo de pessoas consideradas suscetíveis, alimentando a justificativa da segregação social. Em vez de incentivar medidas preventivas, a ideia de "risco" contribuiu para a propagação do estigma e discriminação, agravando a situação social e de saúde das PVHA e fortalecendo o estigma em relação a grupos já marginalizados na sociedade. Apesar dos esforços históricos por meio de ativismo e políticas institucionais, o estigma continua a afetar de maneira significativa as PVHA no Brasil. Além disso, os processos

de estigmatização também têm implicações na prevenção, pois pessoas de comunidades em situações de vulnerabilidade ao HIV/AIDS, como homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, antecipam o estigma associado ao HIV/AIDS. Isso resulta em um receio de ser erroneamente identificado como uma PVHA ao acessar serviços de saúde do SUS, o que se torna uma barreira ao acesso à PrEP. O estigma, portanto, é um conceito fundamental para refletir sobre a vulnerabilidade de diversas populações em relação ao HIV/AIDS (MAGNO,2023).

Em meio à pandemia, a rotina da população sofreu mudanças significativas. No que diz respeito ao SAE, o horário de funcionamento permaneceu inalterado, mas as consultas de rotina foram interrompidas para seguir as diretrizes de evitar aglomerações. O atendimento se limitava às pessoas que necessitavam de medicamentos antirretrovirais ou cuidados devido a vulnerabilidades decorrentes da doença ou agravos relacionados a ela. Os medicamentos eram fornecidos para um período de 3 meses, visando evitar aglomerações e aderir às recomendações de isolamento social do município. O contato com os pacientes ocorria por telefone, incluindo a coleta de informações sobre seu histórico médico. Quando relatavam agravamentos, era agendada uma consulta com a equipe, sendo a consulta médica a mais requisitada.

Os relatos a seguir, permitiram um conhecimento inicial sobre as participantes da pesquisa e evidenciaram as dificuldades iniciais sentidas por elas ao longo de suas histórias a partir do diagnóstico com o HIV. Ainda permitem perceber possíveis fragilidades dos serviços de saúde no que diz respeito às ações de educação em saúde, pois a maioria delas desconheciam questões sobre o agravo, até terem seu diagnóstico, bem como a angústia psicossocial e os estigmas que existem nas famílias por também desconhecerem a forma de transmissão, tratamento, entre outros assuntos pertinentes, como pode se observar a seguir:

Entrevistada 1

Há 6 anos. Teve uma campanha no posto de saúde para pegar cesta básica e na ocasião o meu marido fez os testes rápidos para IST e positivou para HIV, aí ele me chamou e fui ao IST fazer os testes e também positivei para HIV [...]. Fiquei em choque, muito triste, a princípio não contei para ninguém, depois quando tive coragem contei para minha mãe e irmãos, que ficaram também muito tristes, até hoje meus filhos não sabem, pois não tive coragem de contar a eles.

Entrevistada 3

Meu marido era motorista do IST, aí ele foi fazer os testes rápidos e me chamou para fazer também, em 2015[...]. Eu já tenho problema de epilepsia, no início foi muito ruim, não conseguia aceitar, tentei suicídio (enforcamento por corda), meu irmão viu e não deixou eu me matar. Até hoje tenho dificuldade em aceitar o diagnóstico dessa doença. Eu era excluída no início até dentro da minha casa, até meus talheres eram separados pelos meus familiares.

Entrevistada 4

Em 2019[...] descobri nos testes rápidos da gravidez, fiquei em choque, achava que já tinha AIDS que ia morrer, aí meu marido fez o exame e estava na janela imunológica e positivou só após 90 dias.

Entrevistada 5

Há 6 anos[...] Foi um choque pra mim, pois eu trabalhava em um restaurante de um outro município, trabalhava na cozinha e sempre tinha um senhor de idade que entregava os peixes todos os dias, um certo dia, eu estava cortando frango quando cortei minha mão e nisso quando olhei pela janela o tal senhor estava na beira do Rio caído por debaixo da ponte, pois havia escorregado e caído, rapidamente fui até ele, quando cheguei até ele a perna dele estava sangrando muito, rapidamente aparei minha mão machucada sobre a ferida para estancar o sangue, aí o ajudei até ir ao hospital. Nisso, saí desse emprego e voltei para Tabatinga, mas sempre procurava saber notícias desse senhor. Um dia ao ligar para saber notícias, fui informada que ele havia morrido e ao perguntar o motivo, fui informada pelo familiar dele que era de HIV. Logo veio a cena que passei com ele do acidente e procurei o IST para fazer os testes rápidos e positivei para HIV.

Entrevistada 10

EU TINHA 14 ANOS DE IDADE[...]. Fiquei muito abalada, em estado de choque, pois não aceitava estar com essa doença. Após ter descoberto que havia adquirido o vírus por conta do meu marido ter o vírus e nunca ter contado para mim, logo a pessoa que eu mais confiava me traiu, sendo que meu marido morreu devido a doença, pois ele não tratava; após eu ter descoberto que estava com HIV, eu tentei suicídio 3 vezes. Relata ainda que sempre sofreu com abuso sexual e violência psicológica, eu saí de casa muito nova porque era abusada sexualmente pelo meu padrasto e eu não podia falar nada porque eu era ameaçada. E como saí cedo de casa e logo engravidei acabei passando por essa mesma situação com meu marido e o pior que ele me trancava em casa para sair com amantes, eu passei por todo tipo de humilhação e violência que se possa imaginar.

Até meados dos anos 2000, quase todos os casos registrados de AIDS no Amazonas estavam concentrados em Manaus. As pessoas frequentemente deixavam suas comunidades de origem por medo do estigma. Alguns municípios preferiam enviar os usuários para a capital, não apenas para obter tratamento, mas também para evitar o estigma. No entanto, hoje, a epidemia, que foi ignorada por tanto tempo, tem nomes, rostos e estatísticas que a tornam mais visível (KADRI; SCHWEICKARDT, 2014; UNAIDS, 2017).

As conferências internacionais sobre a AIDS têm consistentemente destacado que o estigma relacionado ao HIV continua sendo um dos principais obstáculos para o tratamento e a prevenção da doença. O medo, frequentemente originado pela falta de compreensão sobre a infecção pelo HIV, juntamente com atitudes e julgamentos negativos em relação às PVHIV, persiste, apesar de décadas de esforços em campanhas de informação e conscientização sobre HIV. Esse estigma em relação às PVHIV ou em risco de contrair o vírus resulta em discriminação em diversas esferas da sociedade, desencorajando as pessoas a procurar serviços de saúde, incluindo métodos de prevenção e a realização do teste de soro positividade para o HIV (PARKER, 2013).

Além disso, o estigma também levou a um problema adicional: diagnósticos tardios, especialmente entre indígenas e ribeirinhos que residiam em áreas extremamente remotas, muitas vezes a dois ou três dias de viagem de barco de Tabatinga. O diagnóstico tardio da infecção pelo HIV não apenas contribui para a disseminação do vírus, mas também frequentemente leva o usuário a desenvolver a AIDS e sucumbir a doenças oportunistas. Além disso, até mesmo os profissionais de saúde dedicados ao atendimento desses usuários muitas vezes enfrentam o peso do estigma. Eles carregam consigo os questionamentos de natureza moral da sociedade.

O impacto da infecção nas relações das mulheres entrevistadas com a sociedade foi uma questão recorrente nas entrevistas, abrangendo os relacionamentos familiares, o ambiente de trabalho e a comunidade em geral. A construção de redes de apoio para buscar tratamento e assistência também enfrentou desafios persistentes, como evidenciado nos relatos das entrevistadas:

Entrevistada 1

Não quis contar para meus amigos por conta do estigma que se tem com essa doença. [...] tenho muito receio em relação a minha doença, mesmo tomando meus remédios tenho medo de morrer.

Entrevistada 2

Fiquei muito abalada emocionalmente, demorei até ter coragem de contar para os filhos e parentes, os meus amigos não sabem, eu morava em uma comunidade, me mudei para Manaus, pois a comunidade ficou sabendo que eu tinha essa doença e fiquei muito triste e constrangida com os comentários que faziam. Todos da comunidade falavam que eu tinha Aids e me olhavam com indiferença e medo. Teve até uma pessoa que veio me dizer que eu não poderia estar em lugar com muitas pessoas porque iria passar a doença até hoje tenho dificuldade em aceitar o diagnóstico dessa doença.

Entrevistada 3

Me senti muito rejeitada no início até dentro da minha casa, pois como as pessoas tem muito receio dessa doença e não sabem muito bem como pega, até meus talheres eram separados pelos meus familiares., só depois de anos que pararam com isso. Até hoje tenho dificuldade em aceitar o diagnóstico dessa doença.

Entrevistada 10

Eu não tenho estrutura emocional para lidar com a rejeição das pessoas caso venham a saber que eu tenho essa doença. [...]. Até hoje me emociono (choro) ao contar sobre essa doença porque não consigo acreditar que meu marido foi capaz de me infectar com essa doença maldita, agora preciso aceitar e conviver com ela o resto da vida, e ao mesmo tempo me escondo, evito ficar saindo pois não quero que ninguém saiba que tenho essa doença.

Os profissionais de saúde desempenham um papel essencial na promoção da qualidade de vida dos usuários, especialmente daqueles que requerem cuidados contínuos. A implementação de estratégias como o processo de aprendizado significativo baseado em educação em saúde, desempenha um papel crucial no processo de ensino dos mesmos. Essas estratégias fornecem informações compreensíveis sobre a doença, seus métodos de tratamento e transmissão, facilitando o entendimento por parte dos usuários.

É fundamental destacar que viver com o HIV/AIDS não se assemelha simplesmente ao enfrentamento de uma doença crônica, mas sim a uma condição permeada por imagens e estigmas. A AIDS representa um considerável desafio para a saúde pública em escala global, caracterizando-se como um problema multifacetado que acarreta implicações significativas para as PVHA. Essas implicações não apenas decorrem da gravidade intrínseca da doença, mas

também das representações sociais que a cercam. Esse desafio é amplificado pela carência de tratamentos eficazes que possam resultar em cura, bem como pelas barreiras sociais e econômicas que afetam a prevenção, o agravamento da doença e a adesão ao tratamento.

Receber o diagnóstico de uma doença crônica, como a AIDS, constitui uma das experiências mais angustiantes na vida de uma pessoa. Tais enfermidades não são resultado de um único fator, mas sim de uma complexa interação de elementos, com o potencial de impactar a saúde a longo prazo, permeada por episódios de instabilidade. Além das medidas de prevenção e tratamento, é fundamental adotar uma abordagem de cuidados abrangentes e integrados em saúde, que envolva vários setores e atores, com destaque para as redes de apoio social. O apoio social desempenha um papel crucial na gestão adequada da condição, beneficiando tanto aqueles que recebem quanto aqueles que oferecem esse suporte. A conexão social e a interação com essas redes desempenham um papel vital no bem-estar das pessoas afetadas pela doença. Portanto, é imperativo assegurar, promover e implementar cuidados abrangentes em saúde, considerando os princípios de acesso universal e integralidade da assistência às PVHA, com um foco especial nas redes de apoio social e suporte. (LAVEZZO et al., 2019)

4.3 COMPREENDER AS EXPERIÊNCIAS DE USUÁRIAS DO SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO DO MUNICÍPIO

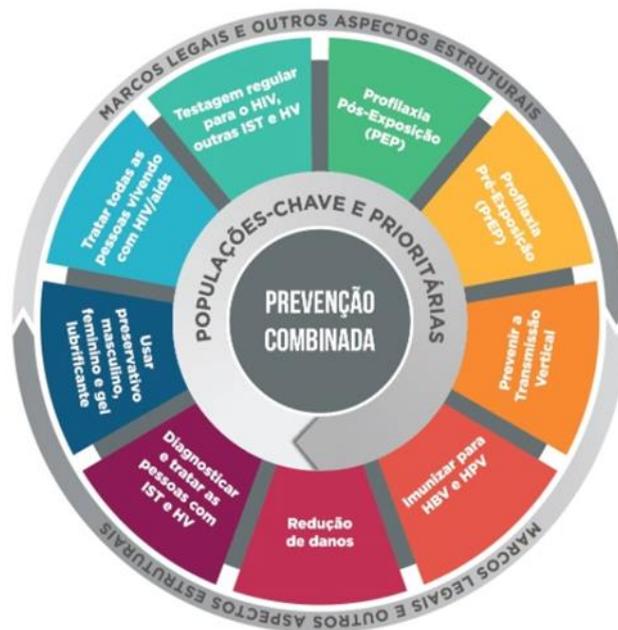
4.3.1 O tratamento enquanto instrumento de convivência com HIV

Durante os últimos anos, a disponibilidade dos medicamentos antirretrovirais levou a um declínio relevante da morbidade e da mortalidade relacionadas ao HIV. O Brasil segue a tendência, observada em outros países que promovem o acesso universal ao tratamento com antirretrovirais. Na observação dos avanços alcançados no conhecimento da infecção pelo HIV, destaca-se a evolução ocorrida no tratamento antirretroviral. O advento de recursos disponíveis de tratamento traz novos desafios para a compreensão e enfrentamento da enfermidade (MONTEIRO et al., 2017).

Atualmente, com a reemergência do enfoque biomédico na epidemia, enfrentamos o desafio de abordar questões como aquelas que estão sendo investigadas, como PEP, PrEP e Tratamento como Prevenção, considerando suas implicações sociais. Essa abordagem se torna

mais complexa neste momento, uma vez que a ênfase nessas tecnologias se origina do campo biomédico, o que pode levar a uma busca por soluções simplistas que poderiam ser promovidas quase como slogans publicitários, como "Testar e Tratar" e "Tratamento como Prevenção"(PARKER, 2022). O Brasil adotou a Mandala da Prevenção Combinada (Figura 03) como base para suas estratégias de prevenção, incluindo práticas de sexo seguro (como o uso de preservativos femininos e masculinos), testagem regular de HIV, testagem no pré-natal, adesão ao tratamento antirretroviral, redução de danos, diagnóstico e tratamento das infecções sexualmente transmissíveis, profilaxia pós-exposição e profilaxia pré-exposição. (BENZAKEN, 2016).

Figura 03: Mandala da Prevenção Combinada



Fonte: (BRASIL, 2017, p. 44).

Os regimes terapêuticos, com maior leque de combinações possíveis, transformaram a infecção pelo HIV, de doença devastadora que quase invariavelmente conduzia a pessoa infectada à morte, a uma doença crônica com possibilidades de controle. A terapia antirretroviral no Brasil trouxe benefícios na sobrevivência e redução da morbidade e mortalidade relacionada à doença. Para tanto, o diagnóstico deve ser o mais precoce possível, seguido da disponibilização da terapia antirretroviral (MONTEIRO et al., 2017).

O Serviço de atendimento e dispensação de ARV é gratuito no Brasil e na região da trílice fronteira, tendo em vista que nos outros países (Peru e Colômbia) o sistema impõe

barreiras de cobertura e pagamentos por serviços, faz com que a rede de saúde do Brasil receba os usuários de Letícia, na Colômbia, e de várias cidades do Peru, como Santa Rosa, que fica do outro lado do Rio Solimões. A fronteira aberta entre os três países infla os índices de infecção, o exemplo do Peru, que para além das restrições logísticas, o tratamento nos hospitais públicos, só inicia o processo do tratamento com ARV quando o CD4 nível de linfócitos que protegem o organismo de doenças— está abaixo da média. As autoridades de saúde do Peru seguem à risca a antiga orientação da OMS, que recomendava iniciar o tratamento quando a contagem de CD4 estivesse abaixo de 200 células por mililitro de sangue. No entanto, em 2015, a OMS reformulou o novo protocolo sobre o tratamento do HIV. A recomendação é que qualquer pessoa comece o tratamento logo após o diagnóstico, sendo necessário que estas orientações e medidas ainda sejam disseminadas no sistema para sua efetividade (UNAIDS,2017).

Em relação ao tratamento, as mulheres relataram ter iniciado tão logo tiveram conhecimento da sua sorologia. Na sua maioria não tiveram dificuldades para começar a terapia com antirretrovirais e as que tiveram dificuldades, foi devido à falta de conhecimento sobre o local a ser buscado ou por residir em outra cidade na época do diagnóstico, como apontam os relatos a seguir:

Entrevistada 2

Iniciei logo o tratamento [...] Em Manaus senti dificuldade para acesso, em Tabatinga não. Em Manaus a gente fica perdido, é tudo longe, não tratam a gente bem dentro dos locais de atendimento.

Entrevistada 5

Iniciei logo após o diagnóstico meu tratamento [...]. Não tive dificuldade de acesso ao serviço de saúde.

Entrevistada 8

Demorei um pouco a iniciar meu tratamento. [...]. No início tive dificuldade por falta de conhecimento, não sabia muito bem onde deveria ir e quem deveria procurar.

A região amazônica é um espaço geográfico onde diversas dinâmicas sociais e de poder se entrelaçam, exigindo uma abordagem de gestão e cuidado característica de um território vivo, onde há uma interação entre as pessoas e a geografia regional, formando redes vivas de cuidado e atenção. (SCHWEICKARDT et al., 2016).

O capítulo "Longe Muito Longe" do livro "Avaliação Compartilhada do Cuidado em Saúde" aborda a importância de compreender o sistema de saúde na região amazônica, visando garantir a continuidade dos cuidados, a integralidade da atenção à saúde e a redução das desigualdades no acesso aos serviços de saúde nessa vasta região. O território amazônico é o ponto de partida para essa reflexão, destacando a influência das comunidades locais, sua vida social e cultural, no complexo contexto de cuidado. Essa realidade vivida desafia os cuidados em saúde, pois o contexto não é apenas um pano de fundo, mas sim um cenário profundamente enraizado que confere significado e propósito à presença das unidades de saúde na região, promovendo diversas relações e experiências com as comunidades locais. (HEUFEMANN, et al., 2016)

Conforme mencionado pela entrevistada 2, mesmo considerando as particularidades de uma região de fronteira, o atendimento ainda se destaca pela sua qualidade superior em comparação com a capital Manaus. Apesar da usuária estar perto muito perto dos serviços, estava longo muito longe do cuidado, enquanto numa realidade longo muito longe, como é o caso da fronteira, estava perto muito perto do cuidado. É observado que as dificuldades de acesso aos serviços são frequentemente atribuídas a questões logísticas e à falta de informações. Esses desafios poderiam ser abordados no momento do diagnóstico, a fim de facilitar o estabelecimento de um vínculo mais eficaz com os usuários.

4.3.2 Conviver com HIV em uma região de fronteira

Quando questionado às usuárias se o fato de viverem numa região de fronteira, distante da capital, tornava-se algo difícil, as mesmas relataram que não, pontuando que residir em um município de interior traz diversas facilidades, como por exemplo, menor custo de transporte, alimentação, menos tempo em filas e todas as dificuldades de logística de uma grande metrópole. Entretanto as estruturas e serviços médicos especializados se concentram na capital, assim para garantia da continuidade do cuidado, que faz parte do protocolo de atendimento a um portador de doença crônica (consulta com infectologista, exames específicos), impõe-se a necessidade periódica de deslocamento. Assim, como retratado nos depoimentos abaixo, a

condição de residente em áreas de fronteira cria dificuldades adicionais para garantia da integralidade da atenção:

Entrevistada 1

Não, porém tenho dificuldade em realizar exames mais específicos e consulta com infectologista que não têm, tenho que ir para Manaus.

Entrevistada 2

Deixei de tomar os medicamentos alguns anos pois fui para Manaus e devido a distância do hospital Tropical abandonei o tratamento, só voltei com o tratamento quando voltei para Tabatinga. (Fiquei em Manaus 8 anos e só tomei a medicação durante 4 anos devido a distância do local), porém, aqui em Tabatinga, tenho dificuldade em realizar exames mais específicos e consulta com infectologista que não têm, tenho que ir para Manaus.

Entrevistada 8

Só acho que aqui no município deveria ter um infectologista, porque quando somos encaminhados pra Manaus por algum motivo ficamos perdidos lá, somos mal atendidos, e tenho dificuldade em realizar exames mais específicos e consulta com infectologista que não têm, tendo que ir para Manaus.

Os infectologistas desempenham um papel crucial no cuidado das PVHA. Suas principais responsabilidades incluem a prescrição de medicamentos antirretrovirais e a supervisão dos exames laboratoriais necessários para acompanhar a evolução clínica dos usuários. No entanto, é importante observar que esses especialistas estão predominantemente concentrados em Manaus, a capital do estado do Amazonas. Isso gera uma dificuldade significativa para os usuários que residem no interior, pois precisam viajar para a capital a fim de consultar com esses especialistas, um aspecto mencionado em todos os depoimentos das entrevistadas. Seria altamente benéfico considerar a descentralização dessa especialidade para as áreas do interior, a fim de facilitar o acesso e fortalecer o relacionamento entre os usuários e os profissionais de saúde. Essa medida poderia aumentar a frequência e eficácia das consultas, beneficiando assim os usuários.

4.4 OS EFEITOS DA CRISE SANITÁRIA DA COVID-19 SOBRE O SERVIÇO DE HIV

4.4.1 As perspectivas das usuárias sobre as dificuldades no atendimento

A pandemia do novo coronavírus trouxe inúmeras mudanças sociais, culturais, econômicas e de saúde, devido a rápida disseminação do vírus da Síndrome Respiratória Aguda Grave- Coronavírus 2 (SARS-CoV-2) e o aumento exponencial de contágio, com consequente mudança na rotina de toda a população. Dentre os mais afetados pelas infecções por coronavírus, destacam-se os indivíduos que pertencem ao grupo de risco, decorrente de doenças crônicas; a exemplo os imunocomprometidos, como as PVHIV, que apresentam maior risco de exposição e agravamento da doença diante da coinfeção. (PEREIRA.T.M.V et al., 2021). As sugestões da OMS giravam em torno da adoção de protocolos de isolamento físico como a principal estratégia a ser tomada para minimizar a transmissão comunitária, com especial atenção a garantia da proteção aos indivíduos com comorbidades que pudessem representar maior risco a agravamento do quadro em consequência da COVID-19 (WHO, 2020).

Nesse contexto, idosos, bem como indivíduos que sofrem de obesidade ou doenças crônicas, foram categorizados como "grupos de maior vulnerabilidade". Em contraste com outras condições, essa categorização possivelmente resultou em medidas preventivas específicas, destinadas a proteger aqueles mais suscetíveis a complicações graves e até mesmo óbito devido à infecção. De maneira análoga, o início da epidemia de HIV/AIDS também viu a implementação de estratégias de saúde pública centradas nos conceitos de "grupo de risco" e "comportamentos de risco" (MAGNO,2023).

Os desafios foram maiores devido à pouca informação sobre as características de transmissão da COVID-19 em um contexto de grande desigualdade social. As pessoas em condições de vidas precárias carecem de saneamento e vivem em aglomerações, portanto, a ideia do isolamento social, sem levar em consideração as especificidades inerentes as iniquidades advindas dos fatores sociais pré-existentes, representa um fator de risco para a disseminação da COVID-19 nessas populações. Estas medidas também podem aumentar drasticamente os sentimentos de isolamento e solidão no período da pandemia, o que pode ser exacerbado por desafios específicos enfrentados pelas PVHIV, que devem tomar precauções extras, além de manter o tratamento recomendado de forma a se adaptarem ao cenário atual. Contudo, as PVHIV necessitam de acompanhamento de saúde regular para, por exemplo,

realizar o monitoramento semestral de CD4 e Carga Viral, buscar medicações destinadas ao tratamento, além de tratar doenças oportunistas, comumente presente junto às PVHIV.

As mulheres quando questionadas sobre a frequência em que buscaram o serviço e as dificuldades encontradas no atendimento do SAE, muitas mulheres mencionaram comparecer apenas ocasionalmente, principalmente devido às medidas de isolamento sanitário. Algumas chegaram a interromper o tratamento por um período. A maioria delas relatou desafios em relação à assistência médica. Nas narrativas a seguir, é evidente como essas mulheres avaliaram o serviço pré e durante a pandemia:

Entrevistada 1

Antes da pandemia, sempre fui bem atendida. Porém, tenho um pouco de receio de ir no IST, pois como a rua é movimentada, sempre comentam que quem entra ali tem HIV[...]. Durante a pandemia, procurei poucas vezes, pois a medicação estava sendo liberada a cada 3 meses e como tinha medo de sair de casa, só ia buscar minhas medicações. [...] só não tenho muito contato com o médico, aí vou com médica do posto de saúde próximo da minha casa.

Entrevistada 3

Antes da pandemia tinha um bom acompanhamento [...]. Durante a pandemia, fiquei alguns meses sem tomar minha medicação porque tinha medo de sair de casa. [...] depois comecei a pegar minha medicação a cada 3 meses e não tenho do que reclamar do atendimento aqui.

Entrevistada 4

Antes da pandemia sempre fui bem atendida e nunca me senti discriminada pelo serviço de assistência. [...]. Durante a pandemia, fui inúmeras vezes, pois sempre peguei a medicação para mim e minha mãe. [...], só tive um pouco de dificuldade no serviço médico.

Entrevistada 6

Antes da pandemia, não gostava do atendimento, não tinha médico, só tinha enfermeiro e não me sentia acolhida pela equipe. [...]. Durante a pandemia, pagava minha medicação de 3 em 3 meses. [...], só tive dificuldade com o atendimento médico porque ele nunca estava.

Entrevistada 10

Antes da pandemia, não achava muito bom o atendimento, pois há troca de funcionários com frequência e acho que por ser uma doença que é muito estigmatizada pela sociedade, acho que não deveria ter rotatividade de pessoal, inclusive, eu nem gosto de vir aqui, porque por ser uma rua muito movimentada com comércio e pelo fato da secretaria de saúde ser em cima, a cidade é pequena, as pessoas se conhecem, aí as pessoas veem a gente entrando e logo já comentam (aquela ali tem HIV), inclusive só aceitei dar a entrevista porque você aceitou conversa comigo no horário em que a unidade está fechada, porque não quero que ninguém daqui a não ser os profissionais que já sabem do meu quadro, saibam mais, porque aqui no município alguns funcionários não tem ética e acabam contando nosso diagnóstico para outras pessoas.[...] Durante a pandemia, pra mim continuou a mesma coisa, eu não costumo ir, sempre peço alguém pra pegar minhas medicações.[...] não costumo ir ao médico do SAE.

Dessa forma, fica evidente a deficiência de recursos humanos que o serviço enfrentou, principalmente relacionado ao médico que não tinha no local, demonstrando uma dificuldade importantíssima, já que o médico é o principal responsável para prescrição do tratamento e acompanhamento dessas mulheres. É importante destacar que, para a maioria das entrevistadas, a localização do SAE é inadequada. Em uma cidade de pequeno porte, onde as relações interpessoais são próximas, as idas ao SAE frequentemente levam à disseminação de boatos sobre o status de HIV das pessoas, criando situações constrangedoras que podem prejudicar o relacionamento das usuárias com o serviço.

Durante as entrevistas, foi possível identificar a extensão do período de dispensação dos medicamentos antirretrovirais para três meses. Essa medida resultou em uma redução nas falhas na adesão ao tratamento e em menores atrasos na retirada da medicação. Como resultado, a maioria das participantes informou que não atrasou a administração de seus medicamentos em nenhum mês. No entanto, algumas delas mencionaram ter tido atrasos, conforme descrito a seguir:

Entrevistada 1

Sim, quando peguei COVID-19, atrasei minha medicação por 3 meses porque não conseguia sair de casa.

Entrevistada 3

Atrasei minha medicação porque devido ao COVID-19 fiquei com medo de sair de casa

Entrevistada 5

Cheguei a atrasar a tomada da minha medicação por esquecimento.

Entrevistada 8

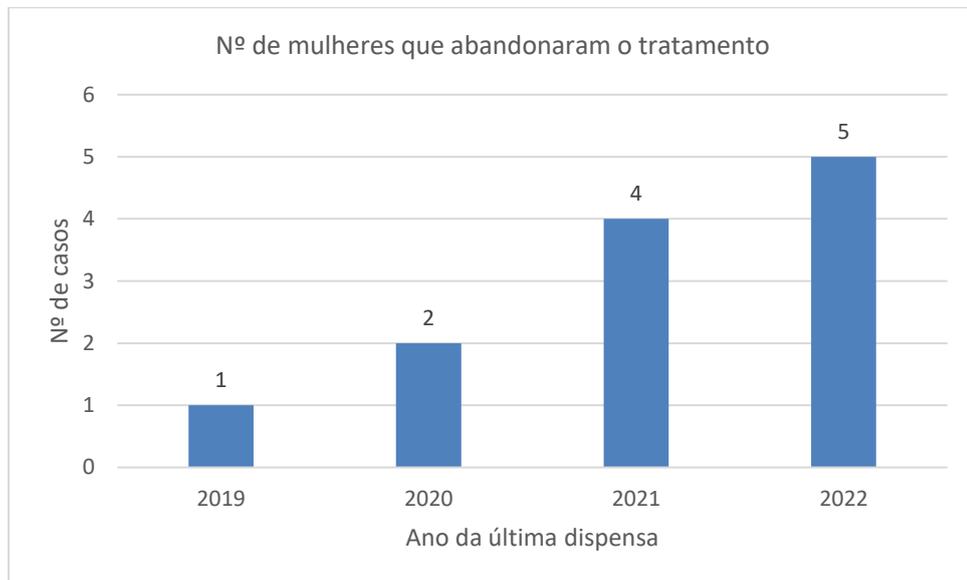
Sempre peguei minha medicação porque o medo de morrer de HIV era maior do que o de pegar COVID-19, então mesmo com medo de sair de casa eu ia criava coragem e ia buscar meu medicamento conseguia sair de casa.

Entrevistada 10

Sempre tomei minha medicação certinha, nunca esqueci um dia sequer.

Através dessas narrativas, foi possível identificar relatos de atrasos na administração da medicação, resultantes da pandemia. Essas informações podem ser contrastadas com os dados do SICLOM, que habilita a monitorar o tratamento dos usuários, bem como quantificar os casos de interrupção ao longo de cada ano, com base no registro da última entrega de medicamentos. Esse registro indica os usuários sob tratamento que não retornaram ao serviço desde a última dispensação.

GRÁFICO 01 - Nº de mulheres que abandonaram o tratamento para HIV



Fonte: SICLOM

A partir desses dados é possível verificar que no período de 2019 a 2022 o número de usuárias que abandonaram o tratamento foi mínimo, não tendo grande expressividade, uma vez que, entre 2019 e 2022, tínhamos um total de 95 mulheres sendo acompanhadas pelo SAE. Com base nisso, é possível inferir, que o serviço conseguiu implementar estratégias para contornar a adversidades decorrentes da pandemia.

O SAE conseguiu manter o fornecimento de medicamentos de forma contínua ao longo desse período, garantindo que as usuárias não ficassem sem os medicamentos necessários. No entanto, enfrentou grandes desafios para manter a realização dos exames de Carga Viral nos casos em acompanhamento. Isso reforça o que Celuppi et al., 2022 mencionaram, ou seja, que a pandemia de COVID-19 trouxe inúmeras barreiras e desafios à continuidade dos cuidados de saúde.

A determinação da carga viral do HIV é um dos principais indicadores para avaliar a eficácia do tratamento com antirretrovirais. É crucial lembrar que o resultado da carga viral pode variar rapidamente se o usuário interromper o tratamento com antirretrovirais ou não aderir adequadamente à medicação prescrita pelo médico. Portanto, é altamente recomendado que o teste de carga viral seja realizado a cada seis meses ou anualmente para fins de monitoramento.

Quando indagadas sobre as dificuldades enfrentadas durante a pandemia e se deixaram de fazer os exames de controle da carga viral, a maioria das mulheres respondeu afirmativamente, conforme destacado nos relatos a seguir:

Entrevistada 1

Atrasei minha coleta de carga viral por conta da covid-19 que peguei, ficando sem fazer a carga viral.

Entrevistada 6

Atrasei a coleta pois fui algumas vezes lá e não estavam atendendo.

Entrevistada 7

Atrasei a carga viral porque quando ia lá estava fechado.

Entrevistada 8

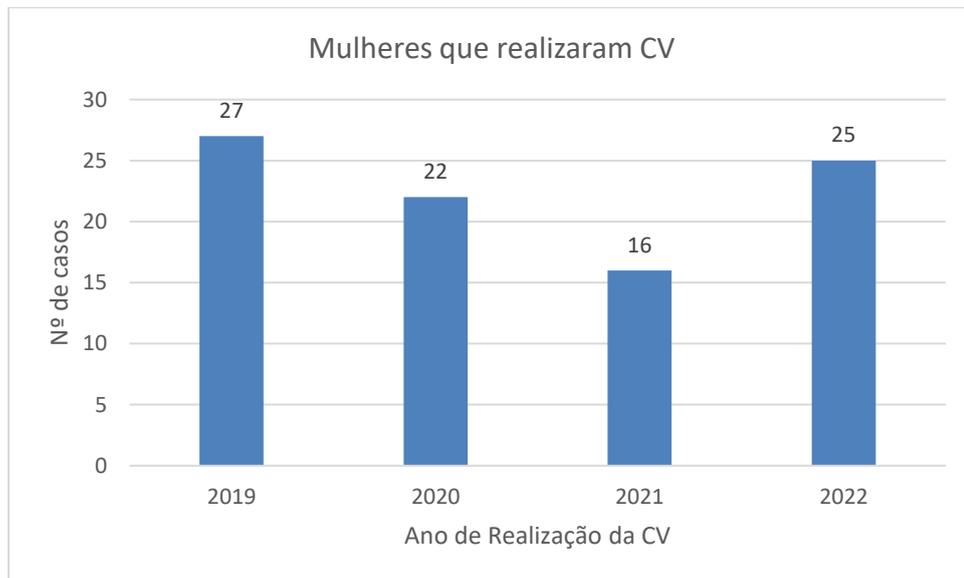
Não fiz a carga viral pois as vezes que fui o rapaz estava doente e não estavam atendendo.

Entrevistada 10

Fiz meus exames de controle de carga viral normalmente.

Esses depoimentos também podem ser confrontados com informações disponíveis no SICLOM, que possibilita uma análise do acompanhamento da Carga Viral. Segundo os registros do SICLOM no Serviço de Atendimento Especializado, os dados numéricos relacionados às mulheres em tratamento que realizaram pelo menos um exame de Carga Viral entre 2019 e 2022, mostram uma diminuição na realização desse exame durante o período de 2020 a 2021.

GRÁFICO 02 – Acompanhamento das usuárias de Carga Viral



Fonte: SICLOM

O gráfico torna evidente que durante o período da pandemia, ou seja, nos anos 2020 e 2021, ocorreu uma diminuição notável no número de mulheres que se submeteram ao teste de Carga Viral para o HIV, pois no período de 2019 a 2022 tínhamos um total de 95 mulheres sendo acompanhadas pelo SAE. A partir de 2022, quando a pandemia começou a ser controlada, observamos uma retomada no crescimento desse número.

4.4.2 Qualidade dos serviços e estratégias de mitigação da COVID-19 na assistência a mulheres com HIV em Tabatinga

A integralidade das ações de saúde está intrinsecamente ligada à qualidade das diversas dimensões do trabalho envolvidas. A interação entre os indivíduos, a estruturação das tarefas, a prática da interdisciplinaridade presente na dinâmica de equipe e a constante incorporação de novos conhecimentos e métodos nas práticas de saúde constituem a complexa tecnologia empregada no momento da assistência (NEMES et al., 2004). Esses elementos devem ser avaliados de maneira integrada e contínua, uma vez que não permanecem estáticos com o tempo e a qualidade geral dos serviços depende da harmoniosa combinação entre eles.

Independentemente das particularidades das instituições e dos contextos locais, todos os serviços de saúde deveriam oferecer as condições necessárias em termos de recursos

disponíveis, organização do atendimento e gestão técnica que viabilizem a prestação de cuidados de qualidade satisfatória. A qualidade da assistência fornecida nos serviços de saúde é a estratégia primordial para a redução da mortalidade e morbidade associada ao HIV, especialmente quando combinada com o diagnóstico precoce.

Quanto à avaliação da qualidade dos serviços oferecidos pelo Serviço de Atendimento Especializado em Tabatinga durante a pandemia, no que se refere a melhorias, deterioração ou manutenção do padrão anterior, os resultados indicaram o seguinte:

Entrevistada 1

Achei que não melhorou, teve troca da gestão, achava os outros funcionários mais receptivos.

Entrevistada 3

Piorou, pois não tinha acesso quando a gente queria, só podia vir no IST quando agendavam.

Entrevistada 5

Eu não sei responder, pois eu só vim aqui no SAE durante a pandemia para poder pegar meus medicamentos.

Entrevistada 7

Eu achei que permaneceu a mesma coisa.

Entrevistada 10

Nunca achei o serviço bom por conta da localização do SAE e por conta da rotatividade de profissionais.

É evidente que as usuárias frequentemente veem a constante rotatividade de profissionais como algo desfavorável, e isso é considerado um dos principais aspectos negativos

em sua experiência. Elas relatam não gostar de ter que compartilhar repetidamente informações sobre sua condição com diferentes profissionais, o que acaba prejudicando a formação de um vínculo efetivo entre as usuárias e a equipe de saúde.

Segundo o relatório publicado pela FHI 360, em colaboração com o UNAIDS em 2020, preservar a continuidade dos serviços essenciais de HIV destinados às populações-chave e assegurar a segurança e o bem-estar dos funcionários e membros da comunidade durante a pandemia de COVID-19 são alicerces cruciais para a preservação das conquistas árduas alcançadas na resposta à AIDS. Nesse contexto, os programas de HIV podem adotar abordagens que incluam medidas físicas de distanciamento, consultas virtuais para atendimento médico e a distribuição de medicamentos ARV para vários meses. Não obstante, é de suma importância manter o acesso contínuo aos serviços de prevenção, teste e tratamento do HIV durante a pandemia de COVID-19, bem como garantir a disponibilidade de serviços que têm o potencial de salvar vidas. Assim, ao examinarmos as ações empreendidas no município de Tabatinga para mitigar os efeitos da COVID-19 na prestação de assistência às mulheres com HIV, a partir de seus depoimentos, é possível verificar a existência de algumas dessas alternativas e sua efetividade, seguindo os relatos abaixo:

Entrevistada 1

A única mudança que observei foi a medicação está sendo liberada a cada 3 meses[...] achei que eles poderiam ter dado mais atenção a nós na pandemia, principalmente pelo receio que tínhamos ao sair de casa.

Entrevistada 3

Não observei ações[...] só tinha acesso ao IST quando agendavam.

Entrevistada 6

Não sei dizer se teve ações[...] senti falta de receber visitas domiciliares, pois quando adoeci nunca recebi uma visita.

Entrevistada 9

Só a dispensação das medicações por 3 meses[...] senti falta de visitas domiciliares.

Os depoimentos destacaram a significativa importância que as usuárias atribuíam ao contato com os profissionais do SAE, especialmente às visitas domiciliares, devido às orientações para evitarem sair de suas residências. A única medida que identificaram foi a dispensação de medicamentos para um período de três meses, considerada bem-sucedida. Isso levanta questionamentos sobre quais outras estratégias poderiam ter sido adotadas para manter o vínculo das usuárias com o SAE e como a ausência dessas ações impactou a experiência delas.

Os serviços de saúde especializados desempenham um papel fundamental na garantia dos direitos das PVHIV. Além da realização de testagens, esses serviços oferecem acolhimento e integração com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Geralmente, as usuárias avaliam o serviço como satisfatório e capaz de atender às suas necessidades básicas. No entanto, algumas preocupações foram expressas, incluindo a rotatividade de profissionais, que pode afetar a formação de vínculos e a garantia da privacidade em relação ao seu estado sorológico. Além disso, a localização do SAE é considerada um fator importante, uma vez que está situado em uma área comercial movimentada, e as visitas domiciliares foram referidas como ausentes. Os relatos a seguir, fornecidos pelas entrevistadas, podem nos ajudar a compreender essa questão de forma mais profunda:

Entrevistada 1

Acho que em Tabatinga poderíamos fazer os exames mais específicos aqui porque ir para Manaus é muito transtorno; quando peguei covid, ninguém ia me visitar, por isso fiquei 3 meses sem tomar meu medicamento. Só após 3 meses que fizeram contato comigo para eu ir pegar a medicação e me enviaram para psicóloga.

Entrevistada 3

A cidade não tem infectologista, não tem dentista no SAE, acho que o programa IST poderia dá algum auxílio alimentação, pois as vezes passo dificuldades na alimentação. Queria que não mudasse muito os funcionários daqui, pois observa que ocorre mudanças frequentes e isso é muito ruim por

conta do constrangimento em ter que ficar conversando com pessoas estranhas sobre uma doença tão delicada.

Entrevistada 5

Senti falta de receber uma cesta básica pois passei dificuldade na pandemia e sinto falta também de reuniões com os usuários pois acredito que um ajudaria e motivaria o outro, juntamente com a equipe completa.

Entrevistada 10

Gostaria de sugerir que o SAE ficasse localizado em um lugar menos movimentado, que a gente pudesse ter mais privacidade ao ir lá e também não ter muita rotatividade de profissionais. Outra sugestão é que houvesse um treinamento para todo profissional que trabalhasse aqui quanto a ética profissional, pois comigo mesmo aconteceu um fato de uma pessoa ficar sabendo da minha doença por um funcionário daqui.

Dessa forma, podemos compreender que o serviço se manteve operacional durante a pandemia, com poucos impactos percebidos pelas mulheres atendidas. No entanto, é importante destacar que algumas situações decorrentes desse contexto tiveram repercussões negativas para elas. Estas incluem atrasos na retirada de medicação, casos de abandono de tratamento, dificuldades na realização do exame de Carga Viral, a ausência de visitas domiciliares e o estigma imposto pela sociedade.

Algumas usuárias também expressaram desconforto em relação à localização do SAE, que está situado em uma rua muito movimentada, com grande fluxo de pessoas, o que as deixava se sentindo expostas. Todas essas questões foram vivenciadas por elas, que não tiveram outra alternativa senão enfrentar esses desafios.

É notável que durante a pandemia houve uma escassez de ações direcionadas a minimizar os impactos da situação, sendo identificada apenas uma ação específica, que foi a liberação de medicação para um período de três meses.

5 CONCLUSÃO

Os estudos referentes a epidemia do HIV continuam sendo relevantes e atuais, especialmente com metas ambiciosas, como a eliminação da AIDS até 2030 sendo necessários esforços e ações concretas para alcançar esse objetivo. A condição de infecção pelo HIV pode ser incrivelmente desafiadora, mas também oferece oportunidades para uma reavaliação da vida e o surgimento de novas perspectivas. Este estudo oferece insights valiosos que podem ser considerados na melhoria dos serviços oferecidos às pessoas que vivem com HIV.

O trabalho em questão teve como objetivo compreender o cenário de um grupo específico de mulheres vivendo com HIV, levando em consideração as particularidades de uma região de fronteira. Por meio dessa análise, buscamos descrever os efeitos da pandemia de Covid-19 na prestação de assistência a essas mulheres no município de Tabatinga, que faz fronteira com Letícia, na Colômbia, e Santa Rosa, no Peru, no período de 2020 a 2022. Utilizando os relatos das usuárias do SAE, descrevemos como foi o atendimento durante a pandemia, suas experiências e desafios, identificando as principais barreiras de acesso ao serviço. Além disso, o estudo proporcionou uma visão geral das dificuldades enfrentadas como resultado da emergência de saúde pública.

Os principais resultados revelaram que o serviço de saúde se manteve ativo durante a pandemia, com poucos efeitos perceptíveis para as mulheres. Entretanto, as entrevistas também evidenciaram a ocorrência de atrasos na retirada de medicamentos, interrupções no tratamento e dificuldades na realização do exame de Carga Viral. Além disso, o estudo ressaltou a falta de ações específicas durante a pandemia para mitigar esses efeitos, sendo a liberação de medicação para três meses a única medida identificada. As mulheres entrevistadas demonstraram uma notável capacidade de resiliência ao se adaptarem a uma situação complexa em suas vidas e contexto social. É importante enfatizar que o estigma continua sendo uma questão relevante que afeta o acompanhamento das mulheres e pode influenciar a adesão ao tratamento, impactando também os serviços de assistência. Além disso, a localização do SAE em uma rua extremamente movimentada, frequentada por um grande número de pessoas, cria uma sensação de exposição entre as usuárias. É crucial destacar que o monitoramento da adesão ao tratamento desempenha um papel fundamental como uma estratégia de apoio as usuárias. Isso permite que a equipe de saúde identifique eventuais dificuldades e desenvolva planos de intervenção personalizados para atender às necessidades individuais de cada usuário.

Para combater a transmissão vertical do HIV, é crucial enfatizar a educação, especialmente entre os jovens, e promover o uso de preservativos. A combinação dessas estratégias com a profilaxia da transmissão vertical pode reduzir significativamente a incidência de infecção pelo HIV em crianças, transformando-a em um desafio mais gerenciável na área da Saúde Pública.

Em resumo, a abordagem do HIV é complexa e envolve a implementação de estratégias biomédicas, comportamentais e de redução de danos, bem como a reformulação e aprimoramento das políticas de saúde e serviços públicos, além da redução das desigualdades sociais com foco nos direitos humanos. Apesar dos avanços no tratamento, a prevenção primária e a superação do estigma continuam sendo desafios persistentes. É fundamental destacar a necessidade de investimento na formação profissional que incentive a reflexão e a análise das práticas de saúde e dos modelos de organização dos processos de trabalho.

Diante disso, torna-se evidente a necessidade de investimentos contínuos em ações direcionadas às pessoas que vivem com HIV, bem como a sensibilização e qualificação dos profissionais de saúde que desempenham um papel crucial na proposição de medidas que melhorem a qualidade dos serviços prestados aos usuários.

A pandemia da COVID-19 se transformou em uma crise de saúde pública, agravada pela coexistência com o HIV, gerando uma sindemia que amplifica as desigualdades sociais, econômicas, raciais e de gênero que já eram notáveis no cenário do HIV. Abordar essas estruturas sociais e desigualdades é essencial para enfrentar eficazmente essa epidemia. A abordagem de prevenção combinada fornece recursos valiosos para fortalecer os direitos sexuais e reprodutivos, bem como reduzir a vulnerabilidade ao HIV/Aids. No campo social, persiste o medo da revelação para a sociedade em geral, principalmente amigos e parentes. Nesse sentido, manter-se saudável é condição para preservar o segredo sobre sua condição de pessoa vivendo com HIV. O HIV continua a ser associada a estigmas, preconceitos, discriminações, medos e violência, ameaçando a vida das pessoas afetadas. É essencial que essas questões sejam abordadas por pesquisadores, profissionais de saúde, mídia, gestores, movimentos sociais, educadores e outros agentes, de maneira ética e socialmente responsável, para lidar com esse cenário de crise global.

Por fim, a realidade complexa de uma região de fronteira traz desafios adicionais aos serviços de saúde, mas também demonstra a eficácia do SUS em garantir a universalidade e equidade, mesmo diante de circunstâncias desafiadoras, como as enfrentadas durante a

pandemia. É fundamental ressaltar uma das limitações do estudo, que decorre das dificuldades em envolver o público de todos os três países devido a desafios no contato com as usuárias. Isso resultou em um tamanho de amostra menor do que o planejado, e também o estudo não contemplou as entrevistas com a equipe de saúde. Adicionalmente, é relevante destacar o compromisso de compartilhar os resultados do estudo e de propor melhorias ao município e ao serviço prestado pelo SAE de Tabatinga, com o objetivo de aprimorar constantemente o atendimento e o suporte às pessoas afetadas pelo HIV.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BENTO, Fabio Régio. **O papel das cidades-gêmeas de fronteira na integração regional Sul-Americana**. In: Revista Conjuntura Austral, Vol. 6, n.º. 27 – 28 dez. 2014 – mar. 2015, p. 40-53. Disponível em: <<https://doi.org/10.22456/2178-8839.51125>>. Acessado em: 01/08/2023.
- BENZAKEN, A. S. Diretrizes atuais da resposta brasileira à aids: situação epidemiológica do HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível: <http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/62998/dra_adele_benzaken_diretrizes_atuais_da_resposta_b_80915.pdf?file=1&type=node&id=62998&force=1>. Acesso em: 26 out. 2023.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. (Série Manuais n.º 68. 4. Ed.).
- _____. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico de HIV/Aids**. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <www.aids.gov.br/pt-br/pub/2021/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2021>. Acessado em: 17/07/2022.
- _____. Ministério da Saúde. **O que é HIV**. Brasil, 2022. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 13/07/2022.
- CELUPPI, Ianka Cristina; MEIRELLES Betina Hörner Schindwein; LANZONI Gabriela Marcellino de Melo *et al.* **Gestão no cuidado às pessoas com HIV na Atenção Primária à Saúde em tempos do novo coronavírus**. Rev Saude Publica. 2022. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056003876>>. Acessado em: 17/07/2022.
- CHAVES, Ana Clara Patriota; SOUSA, Carla Suellen Pires; ALMEIDA, Paulo César de *et al.* **Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entremulheres em idade fértil**. Fortaleza, CE, 2019. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/rene>>. Acessado em: 13/07/2022.
- DA SILVA, Alana Emilly Palheta; NASCIMENTO, Helen Oliveira do; ANJOS, José Geraldo Xavier dos; PALHETA, Rosiane Pinheiro; ARAÚJO, Lucélia Regina Pacheco. **Epidemias no estado do Amazonas: HIV e AIDS em destaque**. Sociedade científica, [s. l.], v. 3, ed. 4, 1 abr. 2020.
- DEHNE, K. L.; RIEDNER, G. R. **Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services**. Geneva: World Health Organization; 2005.
- FERNANDES, Regina Célia de Souza Campos; ARAÚJO, Luciana Cordeiro de; MEDINA-ACOSTA, Enrique. **O desafio da prevenção da transmissão vertical do HIV no Município de Campos dos Goytacazes**, Rio de Janeiro, Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(4):1153-1159, jul-ago, 2005
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. - 6. ed. - São Paulo: Atlas, 2008.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro et al. **Prevenção combinada do HIV? Revisão sistemática de intervenções com mulheres de países de média e baixa renda.** *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2020, v. 25, n. 5 [Acessado 24 Outubro 2023], pp. 1897-1912. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.15832018>>. Epub 08 Maio 2020. ISSN 1678-4561. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020255.15832018>.

GOVEIA, Luís Alberto Miranda. **A pandemia da Covid-19 na fronteira amazônica: uma análise preliminar nas cidades-gêmeas de Tabatinga e Leticia.** Tabatinga-AM. *Hygeia* Edição Especial: Covid-19, jun./2020 p.221 - 230, pág.221, 2020. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.14393/Hygeia0054531>>. Acessado em: 01/08/2023.

GRANGEIRO, A. **Da estabilização à reemergência: os desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids no Brasil.** In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. *Mito vs realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV/Aids em 2016.* Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

GRANGEIRO, A, Escuder MML, Silva SR, et al. **Características da resposta à aids de Secretarias de Saúde, no contexto da Política de Incentivo do Ministério da Saúde.** *Saúde Soc.* 2012; 21(4):954-75.

HEUFEMANN, N. E.C.; SCHWEICKARDT, J. C., LIMA, R.T.S.; FARIAS, L. N., & MORAIS, T. L. M. **A produção do cuidado no ‘longe muito longe’: a Rede Cegonha no contexto ribeirinho da Amazônia.** In: FEUERWERKER, L.C; BERTUSSI, D.C; MERHY, E.E; **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: Surpreendendo o instituído nas redes.** 2. ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. (cap. 102), p 102—113.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA . **Estimativas da população residente para os municípios e para as unidades da federação brasileiros com data de referência em 1º de julho de 2020.** Rio de Janeiro: IBGE, 2020.

KADRI, Michele Rocha; SCHWEICKARDT, Júlio César. **A emergência da Aids no Amazonas.** *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 23, ed. 2, 1 maio 2014.

LAVEZZO, F.; MOREIRA DE FREITAS, G.; GRIGOLETTE RODRIGUES, D.; MAIA BRAZ, M. **Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos.** *Archives of Health Sciences*, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 94–98, 2019. DOI: 10.17696/2318-3691.26.2.2019.1568. Disponível em: <https://ahs.famerp.br/index.php/ahs/article/view/106>. Acesso em: 28 set. 2023.

LEVINO, A.; CARVALHO, E. F. de. **Análise comparativa dos sistemas de saúde da tríplice fronteira: Brasil/Colômbia/Peru.** *Revista Panamericana de Salud Pública*, [S. l.], v. 30, n. 5, p. 490–500, nov. 2011. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892011001100013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 15 jul. 2022.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D. de; BAPTISTA, T. W. de F. **Políticas de saúde no Brasil em tempos contraditórios: caminhos e tropeços na construção de um sistema universal.** *Cadernos de Saúde Pública*, [S. l.], v. 33, n. suppl 2, 2 out. 2017. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017001405006&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 10 set. 2022.

MACHADO, Cristiani Vieira; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; FREITAS, Carlos Machado. **As respostas dos países à pandemia em perspectiva comparada: semelhanças, diferenças, condicionantes e lições**. Rio de Janeiro: Editora: Fiocruz, p. 323-342, 2022. Disponível em: <<https://books.scielo.org/id/t67zr/pdf/machado-9786557081594.pdf>>. Acessado em: 08/08/2022.

MAGNO, Laio, Processos de estigmatização, resistência, prevenção e cuidado relacionados ao HIV/AIDS. In: **Reconstruindo a Resposta à AIDS e ao Acesso à Saúde como um Direito Humano Fundamental**, Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2023. Disponível em: <https://abi aids.org.br/categoria/acervo-abia/boletins/boletim-abia-pt-br>

MALAVA JK, Lancaster KE, Hosseinipour MC, Rosenberg NE, O'Donnell JK, Kauye F, et al. **Prevalence and correlates of probable depression diagnosis and suicidal ideation among patients receiving HIV care in Lilongwe, Malawi**. *Malawi Med J*[Internet]. 2018 [cited 2021 Feb 03];30(4):236-42. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6863411/>

MARTINS, Vicenilma de Andrade, COSTA, Herikson Araujo, BATISTA, Rosângela Fernandes Lucena *et al.* **Mortalidade de mulheres em idade fértil de 2002 a 2011 em São Luís, Maranhão/ Mortality of women in fertile age from 2002 to 2011 in São Luis, Maranhão, Brazil**. *Revista de pesquisa em Saúde*, p. 235-239, 2014. Disponível em: <<https://periodicoseletronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/3056/408> 5/>. Acessado em: 17/07/2022.

Meeting Targets and Maintaining Epidemic Control (EpiC). **Strategic considerations for mitigating the impact of COVID-19 on key-population-focused HIV programs**. Durham (NC): FHI 360; 2020.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14.ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico AIDS & DST**. Brasília 2010.

MONTEIRO, Simone Souza; BRIGEIRO, Mauro; VILELLA, Wilza Vieira; MORA, Claudia; PARKER, Richard. **Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem**. *Ciência & Saúde Coletiva*, [s. l.], 27 ago. 2017.

NEMES, M. I. B. et al. **Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil**. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 20, n. suppl 2, p. S310-S321, 2004.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração política sobre HIV e Aids: acelerar a resposta para lutar contra o HIV e acabar com a epidemia de AIDS até 2030**. 2016. Disponível em: <http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2016/11/2016_Declaracao_Politica_HIVAIDS.pdf>. Acesso em: 07 set. 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). **Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH 2016-2021**. 2016. Disponível em: <<https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-mundial-sector-salud-contra-vih-2016-2021-hacia-fin-sida-2016>>. Acesso em: 07 set. 2023.

PARENTE, Juliana da Silva; AZEVEDO, Suely Lopes de; MOREIRA, Letícia da Fonseca Anacleto *et al.* **O impacto do isolamento social na pandemia de COVID- 19 no acesso ao tratamento e aos serviços de prevenção do HIV**. Research, Society and Development, v. 10, n. 1, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i1.11692> . Acessado em: 17/07/2022.

PARKER, Richard Guy *et al.* **Políticas de HIV/Aids, ativismo e antropologia: conversando com Richard Parker**. Saúde em Debate [online]. 2022, v. 46, n. spe7 [Acessado 24 Outubro 2023], pp. 277-289. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E720>
<https://doi.org/10.1590/0103-11042022E720I>>. Epub 20 Mar 2023. ISSN 2358-2898. <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E720>.

PARKER, R. **Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública**. In: Monteiro S, Villela W, organizadores. Estigma e Saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2013. p. 25-46.

PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MACHADO, Cristiani Vieira; VENY, Miquel Bennasar; JUAN, Aina Maria Yañez; RECIO, Sonia Navas. **Governança e capacidade estatal frente à COVID-19 na Alemanha e na Espanha: respostas nacionais e sistemas de saúde em perspectiva comparada**. Ciência & Saúde Coletiva, p. 4425-4437, 2021.

PEREIRA, Tassiana Maria Vieira *et al.* **Pessoas vivendo com HIV e mudanças na rotina diária decorrentes da pandemia da COVID-19**. Escola Anna Nery, [s. l.], 2021.

SANTOS, Vanessa da Frota *et al.* **Impactos da sindemia HIV e COVID-19: Revisão integrativa**. Saúde Coletiva (Barueri), v. 12, n. 80, p. 11262–11273, 2022.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar *et al.* **Práticas Sociais de enfrentamento à Covid-19: esperando novos mundos**. 1.ed. - Porto Alegre, RS: Editora Rede UNIDA, 2022.

SEFFNER, F.; PARKER, R. **A neoliberalização da Prevenção do HIV e a resposta brasileira à aids**. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS. Mitos vs realidade: sobre a resposta Brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016. Rio de Janeiro: ABIA, 2016. p. 24-32.

SPÍNDOLA, Thelma; ALVES, Carmen Fernandes. **Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro**. Rev. Esc. Enf. USP. V.33.a.1, p. 66- 80, 1999.

TEIXEIRA, Luciana Barcellos. **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres vivendo com HIV/Aids no sul do Brasil**. Porto Alegre, 2012.

UNAIDS Brasil. **Estatísticas**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://unaid.org.br/estatisticas/> Acessado em: 25/08/2022.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). HIV Amazonaids: Na fronteira de uma epidemia. 2017. Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2017/09/Amazonaids.pdf> Acesso em: 07 set. 2023.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). HIV Prevention 2020 Road Map. 2020. Disponível em: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/hiv-prevention-2020-road-map_en.pdf Acesso em: 07 set. 2023.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). Prevention gap report. 2016. Disponível em: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf . Acesso em: 07 set. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually transmitted and other reproductive tract infections: a guide to essential practice**. Geneva: World Health Organization, 2005.

World Health Organization. (2020). **Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV)**. Genebra: WHO. Recuperado de [https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-healthregulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/newsroom/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-healthregulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

APÊNDICE A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

A) Informações sociodemográficas:

1. Nome: _____
2. Data de Nascimento: _____
3. Situação Conjugal: () casada () separada () vive com alguém () viúva () solteira
4. Trabalho: () empregada () em casa () desempregada () informal
5. Tem filhos? Se sim, quantos? _____
6. Situação da moradia: () casa própria () alugada () vive com parentes
7. Renda: () menos que o salário-mínimo (colocar o valor do SM) ()
entre 1 e dois salários-mínimos
() entre 2 e 3 SM....
8. Recebeu algum auxílio no período da pandemia (2020-2022): () Bolsa Família ()
Auxílio Emergencial () outros

B) Informações sobre os serviços e acesso à atenção:

1. Quando você teve o diagnóstico de HIV?
2. Como foi receber essa notícia?
3. Que mudanças essa situação produziu na sua vida: relacionamento familiar, trabalho ou com amigos?
4. Quando iniciou o tratamento?
5. Teve dificuldade para acessar os serviços de saúde?
6. Viver na fronteira traz alguma dificuldade em relação à nova vida com o HIV?
7. Outras questões que queira dizer sobre a convivência com o HIV.

C) Os efeitos da pandemia na sua vida:

1. Como você via o atendimento antes da pandemia?
2. Como foi a procura pelo serviço durante a pandemia, você foi mais ou menos quantas vezes no SAE?
3. Você teve dificuldade no atendimento de algum serviço no SAE?
4. Você chegou a atrasar algum mês na tomada de medicação, devido a alguma

dificuldade?

5. Quais as dificuldades sentidas durante a pandemia?
6. Você deixou de realizar os exames de controle de Carga Viral durante a pandemia?
7. Você teve dificuldade em retirar a medicação no SAE?
8. Você teve dificuldade de atendimento médico no SAE?
9. Você acha que o serviço melhorou, piorou ou continuou a mesma coisa durante a pandemia?
10. Você percebeu alguma ação realizada para minimizar os impactos da Covid-19 no atendimento?
11. Você considera que as medidas tomadas durante a pandemia, deram certo?
12. Quer falar mais alguma coisa?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

PARA USUÁRIOS E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada **“Os efeitos da pandemia por covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira”**, sob a responsabilidade da pesquisadora Cristianne Bressan Vital de Souza do Programa de Pós-graduação em Condições de Vida e Situações de Saúde na Amazônia PPGVIDA/FIOCRUZ Amazônia. Endereço institucional: Rua Terezina, 476 - Adrianópolis, Manaus - AM, 69057-070, telefones (92) 99126-9276 e (92)3621-2323, e-mail: crisbressan2@hotmail.com.

Essa pesquisa tem por objetivo principal analisar os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV na região de fronteira Tabatinga/Letícia de 2020 a 2022. O convite para sua participação se deve por sua vivência como usuário dos serviços de saúde na região selecionada para este estudo. Sua participação não é obrigatória e você pode decidir se quer ou não participar. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação ou desistir da mesma, contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Sua participação será responder um roteiro de entrevista e tem duração prevista de 20 minutos e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento, através dos meios de contatos explicitados neste Termo, em qualquer fase da pesquisa, sem necessidade de comunicado prévio. Será garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. Os seus dados, gravações e filmagens serão armazenados em um computador e seu nome não aparecerá em nenhuma publicação, apresentação ou documento referente ao projeto. O (a) Sr. (a) não terá nenhuma despesa, assim como, não receberá nenhuma remuneração pela sua participação. Os áudios e as transcrições da entrevista ficarão sob sigilo e guarda exclusiva do pesquisador principal por 5 anos, conforme Resoluções 466/12 e 510/16 do CNS e orientações do CEP, sendo descartado ao fim deste prazo.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, pois a análise dos dados será feita de forma a não o identificar individualmente, apenas como representante de uma categoria (usuário ou profissional da saúde).

Informamos que a presente pesquisa pode apresentar riscos, seja de ordem emocional, psicológica, moral, como falas, posicionamentos, medo, vergonha, receio em não saber responder ou de ser identificado e opiniões expressas citadas no estudo. Esses riscos serão mitigados pela aplicação de um roteiro estruturado em ambiente seguro garantindo o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, assim como o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a

pesquisa. Em relação aos riscos psicológicos, considera-se que falar sobre a vivência de seu cotidiano ou prática de trabalho pode trazer efeitos para os participantes e caso seja observada alguma indicação o pesquisador responsável se compromete a trabalhar junto a Secretaria de Saúde de seu município para acolhimento no Centro de Apoio Psicossocial ou serviço equivalente. Se houver algum dano comprovadamente decorrente da presente pesquisa, está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação através das vias judiciais como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº (510/2016) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda pode ter o risco de mobilização de questões emocionais referentes a pandemia e para minimizar o risco, encaminharemos para os serviços que são disponibilizados nos municípios de apoio psicossocial em resposta à pandemia. Garantindo a não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato uma vez que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, sendo possível interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. (a) tem assegurado o direito à indenização. Garantiremos explicações necessárias para responder as questões assim como um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras e caso haja impactos relevantes prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a Resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos.

Como esse estudo foi revisado e aprovado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) escolhido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) você tem garantia de que a pesquisa está sendo realizada sob rigorosos princípios científicos e éticos. Ressalta-se ainda que você tem o direito à assistência integral gratuita via SUS, no município e/ou estado da referida região, caso ocorram danos diretos e/ou indiretos e imediatos e/ou tardios decorrentes da sua participação no estudo, pelo tempo que for necessário.

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio de maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem com HIV nessa região como também contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde no município em cenários de pandemia. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o (a) Sr. (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo (a) na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: crisbressan2@hotmail.com, pelo telefone (97) 991584435 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados.

Consentimento pós-informação:

Eu _____, após a leitura, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas por mim e pelo pesquisador, ficando uma via com cada um de nós.

Autorizo gravação da entrevista () SIM () NÃO.

Local e Data: _____, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante (se não for possível, coletar a digital)



Cristianne Bressan Vital de Souza

Pesquisadora Responsável

E-mail: crisbressan2@hotmail.com

ANEXO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Os efeitos da pandemia por covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira

Pesquisador: CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69933123.9.0000.5016

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.210.707

Apresentação do Projeto:

Título da Pesquisa: Os efeitos da pandemia por covid-19 em mulheres vivendo com HIV no território de fronteira

Pesquisador Responsável: CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 69933123.9.0000.5016

Submetido em: 27/07/2023

Instituição Proponente: CENTRO DE PESQUISAS LEONIDAS E MARIA DEANE - FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Situação da Versão do Projeto: Em relatoria

Localização atual da Versão do Projeto: Universidade do Estado do Amazonas - UEA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

Resumo:

É fato que a pandemia por Covid-19 gerou grandes impactos em diversos setores do mundo, e os serviços de saúde não ficaram isentos disso. Os serviços de saúde no Brasil, apesar de serem contemplados por um Sistema Único de Saúde, ainda possuem muitas fragilidades que sofreram mais ainda durante a pandemia. Trazendo esta questão para o contexto de enfrentamento ao HIV,

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.210.707

é importante debater tal temática por se tratar de algo que afeta os territórios e o acesso, que continua impactando a vida de muitas pessoas, na qual, as mulheres fazem parte. O estudo tem como objetivo analisar os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV na região de fronteira Tabatinga/Leticia de 2020 a 2022. Método: estudo qualitativo, dados coletados do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Tabatinga-AM, por meio de uma entrevista aberta que contará com a participação de mulheres vivendo com HIV que estejam vinculadas ao SAE, residentes em área de fronteira Tabatinga/Leticia. Dessa forma, poderemos, através dos resultados, auxiliar com alternativas ou sugestões para a melhoria desses serviços às mulheres vivendo com HIV e verificar se a Pandemia por COVID-19 modificou a rotina de atendimento as mulheres vivendo com HIV na região de fronteira Tabatinga/Leticia, no período de 2020 a 2022. Além disso, o estudo nos trará relatos de experiências vividas por estas mulheres, através dos quais poderemos identificar a partir do ponto de vista do usuário, as principais barreiras de acesso ao serviço de HIV durante a pandemia, permitindo a escuta sobre as situações vivenciadas por essas mulheres num período de emergência em saúde pública e crise sanitária em uma região de permanentes mudanças.

Introdução

O HIV ao longo dos anos tomou-se um problema de saúde pública global que gera impactos na vida de diversos indivíduos em todo o globo terrestre, sendo registrado 38,4 milhões de pessoas vivendo com HIV em 2021, totalizando 84,2 milhões de pessoas infectadas por HIV desde o início da epidemia, de acordo com dados da UNAIDS. Atingindo na grande maioria populações como profissionais do sexo, gays e homens que fazem sexo com outros homens, usuários de drogas injetáveis, pessoas trans e suas parcerias sexuais que somam 70% das infecções mundialmente (UNAIDS, 2022). Ainda de acordo com a UNAIDS (2022) em 2021, 54% de todas as pessoas vivendo com HIV eram mulheres e meninas, com cerca de 4.900 mulheres jovens de 15 a 24 anos infectadas toda semana por HIV. No Brasil, o HIV afeta centenas de pessoas todos os anos, de acordo com o boletim epidemiológico de 2021 "de 2007 até junho de 2021, foram notificados no SINAN 381.793 casos de infecção pelo HIV" e desde 1980 até 2021 já foram confirmados 1.045.355 casos de Aids, desses 65,8% são homens (688.348) e 34,2% mulheres (356.885) (BRASIL, 2021, p. 10). A região com o número de casos mais elevado, de acordo com o boletim, foi a região Sudeste com 43,3% dos casos, seguida pela região Nordeste com 19,8%, região Sul com 19,7%, região Norte com 9,5% e região Centro-Oeste com 7,7% dos casos (BRASIL, 2021). Se tratando dos estados brasileiros, o Amazonas possui uma das maiores taxas de detecção de Aids entre todos os demais estados, sendo acompanhado do Rio Grande do Sul e Roraima, com 28,7 -

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.210.707

21,8 e 21,2 casos por 100 mil habitantes, respectivamente (BRASIL, 2021). No município de Tabatinga, no interior do Amazonas, até 2021 foram notificados 436 casos, de acordo com o SINAN. Nesse contexto, a carga de transmissão da doença, torna-se cada vez mais preocupante, uma vez que ao ser infectado, o indivíduo se submete a uma mudança comportamental e requer necessariamente o uso de medicamentos antirretrovirais para suprimir a carga viral do vírus, proporcionando uma vida saudável e, principalmente no que tange a saúde sexual reprodutiva de forma planejada e adequada, já que a exposição ao HIV de uma criança durante o nascimento, colocando-a em risco de infecção viral, quando não realizado o acompanhamento recomendado. De acordo com o MS (2021, p. 46) "em gestações planejadas, com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, o parto e a amamentação, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%", dessa forma, essas ações de planejamento devem envolver a oferta de terapia antiretroviral bem como a profilaxia pré-exposição como medida de prevenção da transmissão do HIV. Sendo evidenciado por meio de estudos científicos que "PVHIV em TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmite o HIV" (BRASIL, 2021, p. 46). Nesse sentido, para que haja oferta de tratamento, é necessário a identificação e diagnóstico desses casos pelos serviços de saúde. Atualmente o diagnóstico é realizado por meio de exames laboratoriais e principalmente por meio de testes rápidos para detecção do HIV, sendo a principal porta de entrada para esses usuários a Unidade Básica de Saúde, que ao detectar um caso, torna-se responsável pelo acompanhamento e seguimento do mesmo. Durante o acompanhamento, o tratamento desses pacientes passa a ser monitorado através do sistema de controle logístico de medicamentos no qual são cadastrados todos os usuários que fazem uso de TARV- Terapia Antirretrovirais e que estejam previamente notificados no SINAN, bem como, aqueles que fazem uso de PEP ou PrEP, através do qual é possível monitorar desde o tratamento, como também o atraso e abandono dos pacientes cadastrados. Com base nisso, o presente trabalho procura descrever quais os efeitos da pandemia por COVID-19 sentidos no atendimento as mulheres vivendo com HIV na região de fronteira Tabatinga/Leticia, no período de 2020 a 2022, a partir de relatos de usuárias do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em Tabatinga. Desse modo, buscamos ter uma visão panorâmica dos atuais problemas como consequência da emergência em saúde pública, propiciando respostas e medidas que minimizem os impactos gerados pela pandemia.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.210.707

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar os efeitos da pandemia por Covid-19 em mulheres vivendo com HIV na região de fronteira Tabatinga/Letícia de 2020 a 2022

Objetivo Secundário:

- Descrever o fluxo de atendimento as mulheres vivendo com HIV em Tabatinga, adotado durante a pandemia;
- Compreender as experiências de usuárias do Serviço de Atendimento Especializado do município;
- Identificar as principais barreiras de acesso ao serviço de saúde referente ao serviço de HIV.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A presente pesquisa pode apresentar riscos, seja de ordem emocional, psicológica, moral, como falas, posicionamentos, medo, vergonha, receio em não saber responder ou de ser identificado e opiniões expressas citadas no estudo. Esses riscos serão mitigados através da aplicação de um roteiro estruturado em ambiente seguro garantindo o sigilo em relação as suas respostas, as quais serão tidas como confidenciais e utilizadas apenas para fins científicos, assim como o acesso em um ambiente que proporcione privacidade durante a coleta de dados, uma abordagem humanizada, optando-se pela escuta atenta e pelo acolhimento do participante, obtenção de informações, apenas no que diz respeito àquelas necessárias para a pesquisa. Em relação aos riscos psicológicos, considera-se que falar sobre a vivência de seu cotidiano ou prática de trabalho pode trazer efeitos para os participantes e caso seja observada alguma indicação o pesquisador responsável se compromete a trabalhar junto a Secretaria de Saúde de seu município para acolhimento no Centro de Apoio Psicossocial ou serviço equivalente. Se houver algum dano comprovadamente decorrente da presente pesquisa, está assegurado o direito a indenizações e cobertura material para reparação através das vias judiciais como dispõem o Código Civil, o Código de Processo Civil, na Resolução nº 466/2012 e na Resolução nº (510/2016) do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Ainda pode ter o risco de mobilização de questões emocionais referentes a pandemia e para minimizar o risco, encaminharemos para os serviços que são disponibilizados

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.210.707

nos municípios de apoio psicossocial em resposta à pandemia. Garantindo a não identificação nominal no formulário nem no banco de dados, a fim de garantir o seu anonimato uma vez que qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, sendo possível interromper o processo quando desejar, sem danos e prejuízos à pesquisa e a si próprio. Caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, o Sr. (a) tem assegurado o direito à indenização. Garantiremos explicações necessárias para responder as questões assim como um local reservado e liberdade para não responder questões constrangedoras e caso haja impactos relevantes prestaremos assistência ao participante da pesquisa de acordo com a Resolução CNS nº 466 de dezembro de 2012: II.3.1 - assistência imediata – é aquela emergencial e sem ônus de qualquer espécie ao participante da pesquisa, em situações em que este dela necessite; e II.3.2 - assistência integral – é aquela prestada para atender complicações e danos. A sua participação neste estudo é voluntária. Se julgar necessário, o (a) Sr. (a) dispõe de tempo para que possa refletir sobre sua participação, consultando, se necessário, seus familiares ou outras pessoas que possam ajudá-lo (a) na tomada de decisão livre e esclarecida. Caso aceite participar, você poderá retirar-se do estudo em qualquer momento, sem prejuízo a você e com validade a partir da data da comunicação da decisão. Para isto, você deve fazer esta solicitação via e-mail. Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: crisbressan2@hotmail.com, pelo telefone (97) 991584435 ou pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, um órgão institucional que tem por objetivo proteger o bem-estar dos indivíduos pesquisados.

Benefícios:

Os benefícios que você terá em participar desta pesquisa inclui o retorno social para as equipes de saúde da família por meio de maior entendimento do impacto da epidemia do novo Coronavírus na vida das pessoas que vivem com HIV nessa região como também contribuir com as discussões sobre a formulação de políticas de saúde no município em cenários de pandemia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Metodologia Proposta:

Este estudo contará com uma abordagem qualitativa de dados coletados no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) de Tabatinga-AM, por meio de uma entrevista que contará com a participação de mulheres vivendo com HIV, levando em consideração as respostas desfavoráveis e favoráveis em relação ao impacto da pandemia no atendimento ofertado a estas mulheres. Por ser

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com

Continuação do Parecer: 6.210.707

um estudo qualitativo, não amostral, o projeto contará com a participação de mulheres vivendo com HIV, que estejam vinculadas ao SAE, sendo acompanhadas regularmente por esse serviço, residentes na área de fronteira Tabatinga/Leticia. Estas serão abordadas primeiramente pelo profissional de saúde do SAE indicado pelo gestor do serviço, que abordará estas usuárias durante a ida delas ao SAE, a abordagem também se dará por contato telefônico, no caso das usuárias que tenham autorizado o contato previamente como parte do fluxo de trabalho do serviço. Durante essa abordagem o profissional explicará a pesquisa no município e questionará se estas aceitam participar do estudo, que se dará através de um questionário. Caso aceitem estas serão convidadas para se dirigir a um ambiente seguro (sala) no SAE, para dialogar com o pesquisador e responder ao instrumento de pesquisa. Em nenhum momento o pesquisador entrará em contato com a usuária para realizar o convite para participar do estudo. O contato entre pesquisador e participante se dará mediante a aceitação da mesma, pela mediação do profissional de saúde do SAE a qual a usuária já conhece. Para coleta dos dados para pesquisa faremos o uso de um instrumento aberto de entrevistas para as usuárias selecionadas e que aceitarem participar da pesquisa. Gil (2008) enfatiza que a entrevista é constituída de um roteiro que orientará a conversa e o diálogo com o grupo a ser pesquisado, possibilitando uma participação ampla das pessoas, garantindo o anonimato e, além disso, permite que os participantes respondam no momento mais conveniente. Dito isso, aplicaremos uma entrevista aberta, que de acordo com Gil (2008) nessas questões solicita-se aos participantes que ofereçam suas próprias respostas. Assim, será aplicado às usuárias do SAE, um questionário no Serviço de Atendimento Especializado (SAE), em que elas poderão responder ao roteiro no momento da entrevista, sem identificação, permitindo que elas expressem suas principais visões durante a pandemia e os reflexos que as mesmas enfrentaram no serviço ofertado. O roteiro para as mulheres contará com os seguintes blocos temáticos:

- A) Informações sociodemográficas;
- B) Informações sobre os serviços e acesso à atenção;
- C) Os efeitos da pandemia na sua vida.

Primeira Etapa:

Contará com a definição do objeto pesquisado e levantamento bibliográfico, que embasará a pesquisa;

Segunda Etapa: Diálogo com os gestores locais e coordenador do SAE, para apresentação dos objetivos do trabalho e autorização para realização da pesquisa in loco.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.210.707

Terceira Etapa: Confecção do instrumento e apresentação do mesmo ao coordenador do SAE, para indicação de um ponto focal (profissional do serviço) que mediará o contato com as participantes;

Quarta etapa: Ponto focal contacta as usuárias do SAE para verificar se elas aceitam participar da pesquisa.

Quinta etapa: Aplicação do instrumento de coleta de dados às usuárias que aceitaram participar da pesquisa, em ambiente seguro dentro do SAE.

Sexta Etapa: Avaliação in loco das respostas obtidas e entrevista com a equipe do serviço. Sétima Etapa: Sistematização das respostas, análise e discussão dos resultados obtidos.

Oitava Etapa: Elaboração da dissertação e publicação dos resultados.

Nona Etapa: Apresentação aos gestores dos resultados encontrados e discussão das possíveis aplicações aos serviços.

Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão para as mulheres são os seguintes: ser mulher vivendo com HIV em acompanhamento pelo SAE de Tabatinga; viver na região de fronteira Tabatinga ou Letícia, ser maior de 18 anos; ter sido diagnosticada com HIV até o ano de 2022; aceitar participar da pesquisa durante a abordagem no SAE.

Critério de Exclusão:

Os critérios de exclusão para as mulheres são os seguintes: mulheres vivendo com HIV, porém que não estejam sendo acompanhadas pelo SAE de Tabatinga; mulheres que residam na região de fronteira porém no momento da aplicação do questionário não se encontrem na região; mulheres menores de 18 anos; mulheres de 18 anos ou mais que não estejam em boas condições psíquicas e emocionais; mulheres vivendo com HIV diagnosticadas em 2023 e aquelas que não aceitem participar da pesquisa ou não forem alcançadas durante o período de pesquisa seja pela abordagem direta no SAE ou por contato telefônico.

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



UNIVERSIDADE DO ESTADO
DO AMAZONAS - UEA



Continuação do Parecer: 6.210.707

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide conclusões e ou pendências

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Trata-se de um protocolo de pesquisa com seres humanos, em sua 2ª versão o mesmo atende os preceitos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, somos pela APROVAÇÃO. Salvo o melhor juízo é o parecer

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2129148.pdf	27/07/2023 11:00:08		Aceito
Outros	Carta_resposta.pdf	27/07/2023 10:46:01	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Modificado.pdf	27/07/2023 10:41:52	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma_modificado.pdf	27/07/2023 10:40:17	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Modificado.pdf	27/07/2023 10:36:33	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito
Outros	Roteiro_da_entrevista.pdf	19/05/2023 11:27:19	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito
Declaração de concordância	TERMODEANUENCIA.pdf	28/04/2023 08:56:53	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHACristianneBressan.pdf	28/04/2023 08:45:41	CRISTIANNE BRESSAN VITAL DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777

Bairro: chapada

CEP: 69.050-030

UF: AM

Município: MANAUS

Telefone: (92)3878-4368

Fax: (92)3878-4368

E-mail: cep.uea@gmail.com



Continuação do Parecer: 6.210.707

MANAUS, 01 de Agosto de 2023

Assinado por:
ELIELZA GUERREIRO MENEZES
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Carvalho Leal, 1777
Bairro: chapada **CEP:** 69.050-030
UF: AM **Município:** MANAUS
Telefone: (92)3878-4368 **Fax:** (92)3878-4368 **E-mail:** cep.uea@gmail.com