

# ALÉM DA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL: ESTIGMA, SAÚDE MENTAL E CUIDADO INTEGRAL EM PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

BEYOND ANTIRETROVIRAL THERAPY: STIGMA, MENTAL HEALTH, AND  
COMPREHENSIVE CARE FOR PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

Ciências da Saúde • 16/06/2026

REGISTRO DOI: [10.70773/revistatopicos/781659592](https://doi.org/10.70773/revistatopicos/781659592)

---

Israênia Vitória Pereira da Silva

Maria Eduarda Pontes Solano

Maria Rita Mendes Muniz

Victor Hugo Lima Silva

Pedro Wilson Ramos da Conceição

---

## RESUMO

O presente ensaio tem como objetivo discutir os fatores que influenciam a saúde de pessoas soropositivas, destacando a importância do acompanhamento multiprofissional e das políticas públicas para a promoção da qualidade de vida e da adesão ao tratamento. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica, de natureza descritiva e abordagem qualitativa, fundamentada na análise de artigos científicos, protocolos clínicos, boletins epidemiológicos e documentos institucionais de referências como o Ministério da Saúde, a OMS e o UNAIDS, priorizando publicações entre 2015 e 2025. A partir desse levantamento, discute-se como o estigma — operando nos níveis individual, interpessoal e estrutural — afasta indivíduos soropositivos dos serviços de saúde e compromete a adesão à terapia antirretroviral (TARV). Somam-se a isso elevadas prevalências de depressão, ansiedade e estresse pós-traumático, agravadas por vulnerabilidades socioeconômicas como pobreza, desemprego e ausência de suporte familiar. Os resultados evidenciam que adultos soropositivos acompanhados por equipes multiprofissionais — compostas por médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social — apresentam maiores índices de supressão viral e melhor qualidade de vida. Conclui-se que enfrentar as iniquidades estruturais que fragilizam essa população é condição indispensável para que os avanços terapêuticos alcancem seu pleno potencial.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS; estigma; cuidado integral; saúde mental; terapia antirretroviral.

## ABSTRACT

This essay aims to discuss the factors that influence the health of people living with HIV, highlighting the importance of multidisciplinary follow-up and public policies in promoting quality of life and treatment adherence. This is a bibliographic study of a

descriptive nature with a qualitative approach, based on the analysis of scientific articles, clinical protocols, epidemiological bulletins, and institutional documents from reference organizations such as the Ministry of Health, the World Health Organization (WHO), and UNAIDS, prioritizing publications from 2015 to 2025. Based on this review, the study discusses how stigma—operating at individual, interpersonal, and structural levels—distances people living with HIV from healthcare services and compromises adherence to antiretroviral therapy (ART). In addition, high prevalence rates of depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder are observed, exacerbated by socioeconomic vulnerabilities such as poverty, unemployment, and lack of family support. The findings indicate that adults living with HIV who receive care from multidisciplinary teams—composed of physicians, nurses, psychologists, and social workers—show higher rates of viral suppression and better quality of life. It is concluded that addressing the structural inequalities that weaken this population is an essential condition for therapeutic advances to reach their full potential.

**Keywords:** HIV/AIDS; stigma; comprehensive care; mental health; antiretroviral therapy.

## **Introdução**

A infecção pelo HIV/AIDS representa um importante problema de saúde pública em âmbito mundial, apesar dos avanços significativos no diagnóstico e tratamento. Nas últimas décadas, a ampliação do acesso à terapia antirretroviral possibilitou maior sobrevivência e qualidade de vida para pessoas vivendo com HIV/AIDS, transformando a infecção em uma condição crônica manejável. Entretanto, a saúde dessa população envolve questões que

ultrapassam o aspecto biológico, incluindo fatores psicológicos, sociais e culturais.

O estigma associado ao diagnóstico do HIV/AIDS constitui um dos maiores obstáculos ao cuidado integral dessa população. Conforme apontam Parker e Aggleton (2003), o estigma relacionado ao HIV opera em múltiplos níveis — individual, interpessoal e estrutural —, alimentando o preconceito, a discriminação e a exclusão social. Esse processo impacta diretamente o comportamento dos indivíduos frente ao sistema de saúde, gerando medo de revelação do diagnóstico, abandono do tratamento e isolamento. Assim, o estigma, o preconceito e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde comprometem a adesão à terapia antirretroviral e a qualidade de vida das pessoas soropositivas — o que configura a tese central deste ensaio.

Diante desse cenário, surge a seguinte questão de estudo: quais são os principais desafios relacionados à saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS e de que forma o cuidado integral pode contribuir para sua qualidade de vida? Este ensaio tem como objetivo discutir os fatores que influenciam a saúde de pessoas soropositivas, enfatizando a importância do acompanhamento multiprofissional e das políticas públicas de saúde.

## **Desenvolvimento**

### **O Estigma e o Preconceito Como Barreiras Ao Cuidado em Saúde**

O estigma relacionado ao HIV/AIDS permanece um dos principais obstáculos ao acesso e à continuidade do tratamento, afetando profundamente a qualidade de vida das pessoas soropositivas em suas dimensões biológica, psicológica e social. Desde o surgimento

da epidemia, na década de 1980, a infecção foi associada a grupos historicamente marginalizados — homossexuais, usuários de drogas injetáveis e trabalhadoras do sexo —, e a comportamentos moralmente condenados pela sociedade conservadora da época. Esse processo de estigmatização produziu representações sociais negativas profundamente enraizadas no imaginário coletivo, que persistem até hoje, mesmo diante dos avanços científicos que transformaram o HIV em uma condição crônica controlável (Gofman, 1988). O resultado é uma contradição silenciosa: enquanto a medicina avança, o preconceito continua afastando pessoas do cuidado que necessitam.

Parker e Aggleton (2003) demonstraram, em estudo seminal, que o estigma associado ao HIV não é um fenômeno uniforme nem restrito à esfera das atitudes individuais. Ele opera simultaneamente em três dimensões interligadas: a individual, marcada pela internalização da vergonha e do auto estigma; a interpessoal, expressa nas relações familiares, afetivas e comunitárias; e a estrutural, inscrita nas instituições, nas políticas e nas práticas dos serviços de saúde. Os autores argumentam que o estigma funciona como um mecanismo social de reprodução de desigualdades, que silencia os sujeitos, reforça hierarquias de poder e os afasta das redes de proteção disponíveis. Essa perspectiva é fundamental porque desloca o problema do plano moral individual — onde comumente é tratado como “ignorância” ou “falta de informação” — para o plano estrutural, exigindo respostas igualmente estruturais.

No contexto dos serviços de saúde, essa dimensão estrutural do estigma se manifesta de formas diversas e frequentemente sutis. Pessoas vivendo com HIV relatam experiências de julgamento, exposição involuntária do diagnóstico e tratamento diferenciado por

parte de profissionais de saúde, o que gera desconfiança institucional, constrangimento e, progressivamente, o abandono do acompanhamento clínico (Parker; Aggleton, 2003). Esse fenômeno é particularmente grave porque ocorre justamente nos espaços que deveriam ser de acolhimento e proteção, transformando o serviço de saúde em mais uma fonte de sofrimento para o indivíduo já vulnerabilizado pelo diagnóstico.

Essa realidade é corroborada por dados do Ministério da Saúde do Brasil (2021), que identificou o medo do julgamento e da revelação do diagnóstico como um dos principais motivos declarados para o abandono da terapia antirretroviral. O dado é revelador porque demonstra que a não adesão ao tratamento não decorre, na maioria dos casos, de falhas individuais de responsabilidade ou comprometimento do paciente, mas de um ambiente social e institucional hostil que torna o tratamento insustentável. Quando o ato de comparecer ao serviço de saúde implica o risco de exposição do diagnóstico — no trabalho, na família, na comunidade —, a ausência se converte em estratégia de sobrevivência social.

É importante destacar, ainda, que o estigma não opera de forma homogênea sobre toda a população soropositiva. Gênero, raça, classe social, orientação sexual e território são variáveis que intensificam ou atenuam a exposição ao preconceito, produzindo experiências distintas de vulnerabilidade (Parker; Aggleton, 2003). Mulheres negras periféricas, homossexuais e pessoas em situação de rua, por exemplo, acumulam múltiplas camadas de estigma que potencializam o afastamento dos serviços e o abandono terapêutico (Unaides, 2021). Tratar o estigma como fenômeno único e indiferenciado é, portanto, insuficiente do ponto de vista analítico e ineficaz do ponto de vista das políticas públicas.

Diante desse quadro, torna-se evidente que os avanços farmacológicos, por mais expressivos que sejam, alcançarão apenas parcialmente seu potencial enquanto o estigma não for enfrentado como questão estrutural de saúde pública (OMS, 2016). Combater o preconceito não é, portanto, uma demanda acessória ou secundária ao cuidado clínico: é condição indispensável para garantir a adesão ao tratamento, a integralidade da atenção e a dignidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS (Brasil, 2021).

## **Desafios Multidimensionais à Saúde: Aspectos Psicológicos e Sociais**

Além do estigma, os adultos vivendo com HIV/AIDS enfrentam um conjunto amplo e interconectado de desafios que comprometem sua saúde de forma multidimensional, envolvendo sofrimento psíquico intenso, vulnerabilidade social estrutural e dificuldades concretas de acesso aos serviços de saúde. A especificidade da fase adulta — marcada por demandas simultâneas de ordem profissional, familiar e relacional — torna esses desafios ainda mais complexos, pois o diagnóstico frequentemente irrompe em um momento em que o sujeito já carrega responsabilidades consolidadas e projetos de futuro em curso, como o planejamento familiar, a construção de relacionamentos duradouros e a estabilidade profissional. Diferentemente de outras fases do ciclo de vida, a adultez impõe ao sujeito uma dupla exigência: a de manter a funcionalidade social esperada ao mesmo tempo em que precisa reorganizar internamente sua identidade, seus vínculos e suas perspectivas frente ao diagnóstico.

No campo da saúde mental, estudos demonstram que transtornos psiquiátricos — especialmente depressão e ansiedade — são

significativamente mais prevalentes entre adultos soropositivos do que na população geral da mesma faixa etária. Reis et al. (2017), em revisão sistemática publicada na *Cadernos de Saúde Pública*, apontaram que a prevalência de depressão entre pessoas vivendo com HIV no Brasil pode chegar a 40%, agravada pelo isolamento social, pela ruptura de vínculos afetivos e pelo impacto psicológico de renegociar projetos de vida já estruturados. Os autores ressaltam que a saúde mental não tratada compromete diretamente a adesão à terapia antirretroviral (TARV), criando um ciclo de vulnerabilidade que aprofunda o sofrimento psíquico e a exclusão social. Esse ciclo possui uma lógica própria e autossustentada: o sofrimento emocional leva ao abandono ou à irregularidade no tratamento; a piora clínica decorrente intensifica o medo, a vergonha e o sentimento de incapacidade; e esses estados afetivos retroalimentam o isolamento e a deterioração do bem-estar mental. Interromper esse ciclo exige muito mais do que prescrição farmacológica — demanda escuta qualificada, vínculo terapêutico consistente e redes de apoio que sustentem o sujeito para além dos muros do serviço de saúde.

Estudos apontam ainda prevalência elevada de transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), especialmente entre adultos que vivenciaram rejeição familiar, discriminação no ambiente de trabalho ou violência após a revelação do diagnóstico (Remien *et al.*, 2019). O impacto traumático do diagnóstico em si — frequentemente recebido de forma abrupta, em contextos pouco preparados para o acolhimento emocional — pode desencadear sintomas dissociativos, hipervigilância e evitação, que interferem tanto na capacidade de adesão ao tratamento quanto nas relações interpessoais. A revelação do diagnóstico, momento de extrema vulnerabilidade, raramente é acompanhada de suporte psicológico

estruturado, o que representa uma lacuna grave no sistema de atenção à saúde (Brasil, 2017). A experiência de comunicar o status sorológico a parceiros, familiares e empregadores envolve negociações emocionais complexas, permeadas pelo medo da rejeição, da violência e da perda — experiências que, quando não elaboradas em espaços terapêuticos adequados, tendem a se cornificar como fontes de sofrimento silencioso.

No plano socioeconômico, fatores como pobreza, desemprego, baixa escolaridade e ausência de suporte familiar atuam como determinantes estruturais que intensificam as dificuldades dessa população (Unaides, 2021). Na vida adulta, a expectativa social de autonomia e produtividade torna o adoecimento crônico particularmente oneroso: muitos adultos soropositivos relatam dificuldade em conciliar as demandas do tratamento — consultas regulares, exames periódicos, uso contínuo de medicação — com obrigações profissionais e familiares, especialmente em contextos de trabalho informal onde ausências têm consequências econômicas imediatas e não há proteção trabalhista assegurada. A informalidade laboral, estruturalmente mais presente entre populações em situação de vulnerabilidade social, cria uma tensão permanente entre o direito ao cuidado de saúde e a necessidade de sobrevivência econômica — tensão que os serviços de saúde raramente conseguem endereçar de forma adequada.

Aqueles que acumulam a condição de cuidadores de filhos ou pais idosos enfrentam uma sobrecarga adicional raramente contemplada nas abordagens clínicas convencionais. Essa sobreposição de papéis — ser ao mesmo tempo sujeito de cuidado e provedor de cuidado alheio — produz efeitos deletérios sobre a saúde física e mental, na medida em que as necessidades próprias

do indivíduo soropositivo tendem a ser sistematicamente postergadas em favor das demandas dos dependentes. Para mulheres adultas vivendo com HIV, esse fenômeno é particularmente acentuado: as expectativas de gênero que naturalizam o papel feminino como cuidador central da família frequentemente levam ao abandono das próprias necessidades de saúde, ao silenciamento do sofrimento emocional e à dificuldade de acessar serviços especializados com regularidade (Unaides 2021). A maternidade, especialmente quando não planejada ou quando ocorre em contexto de soropositividade já diagnosticada, adiciona camadas de culpa, medo e estigma que exigem abordagem clínica e psicossocial sensível e não julgamental.

O acesso aos serviços de saúde, embora formalmente garantido pelo Sistema Único de Saúde (SUS), é atravessado por barreiras concretas que atingem de forma desproporcional os adultos em situação de maior vulnerabilidade. Entre essas barreiras, destacam-se a dificuldade de deslocamento até os serviços especializados — frequentemente centralizados em grandes centros urbanos —, os horários de atendimento incompatíveis com jornadas de trabalho rígidas, a rotatividade de profissionais que impede a construção de vínculos terapêuticos duradouros e a persistência de atitudes estigmatizantes por parte de alguns trabalhadores de saúde, que constroem e afastam os usuários dos serviços. A baixa integração entre atenção primária e serviços especializados em HIV/AIDS também fragmenta o cuidado, dificultando uma visão integral do sujeito e suas múltiplas necessidades (Brasil, 2017).

A análise integrada desses determinantes revela que a saúde dos adultos soropositivos está profundamente condicionada por estruturas sociais desiguais que antecedem e extrapolam a infecção

pelo HIV. Uma abordagem centrada exclusivamente no aspecto biológico da infecção é não apenas insuficiente, mas eticamente problemática, pois invisibiliza as condições concretas que impedem o acesso pleno ao tratamento e ao bem-estar. O modelo biomédico tradicional, ao isolar a doença do sujeito que a experimenta e do contexto social em que ela se insere, produz respostas parciais que não alcançam as raízes do sofrimento. Torna-se imperativo, portanto, um modelo de atenção integral que articule cuidado clínico, suporte psicológico, assistência social e garantia de direitos, orientando políticas públicas capazes de enfrentar as iniquidades estruturais que perpetuam a vulnerabilidade dos adultos vivendo com HIV/AIDS no Brasil. Esse modelo deve reconhecer o adulto soropositivo não como portador de uma condição isolada, mas como sujeito de direitos inserido em contextos de vida complexos, cujas potencialidades e fragilidades precisam ser integralmente acolhidas pelo sistema de saúde.

### **O Cuidado Integral e Multiprofissional Como Estratégia de Promoção da Saúde**

Diante da complexidade dos desafios enfrentados pelos adultos vivendo com HIV/AIDS, o cuidado integral emerge como a principal estratégia para a promoção de saúde e melhoria da qualidade de vida dessa população. A integralidade, princípio fundamental do Sistema Único de Saúde (SUS), pressupõe que o ser humano deve ser atendido em todas as suas dimensões biológica, psicológica e social, e que os serviços de saúde devem ser organizados para responder a essa totalidade. Uma abordagem que considere apenas o aspecto biológico da infecção é insuficiente: é necessário um modelo de cuidado que reconheça o sujeito em sua integralidade, articulando atenção clínica, suporte psicológico e proteção social.

Nessa perspectiva, o cuidado integral rompe com a lógica reducionista que historicamente fragmentou a assistência à saúde, propondo em seu lugar uma prática centrada no sujeito, em sua história de vida e em suas condições concretas de existência. Compreender o paciente como sujeito de direitos, e não como objeto passivo de intervenções técnicas, é o ponto de partida indispensável para a construção de um modelo assistencial verdadeiramente comprometido com a promoção da saúde e com a redução das desigualdades que ainda marcam o acesso ao cuidado no Brasil.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) recomenda que o cuidado às pessoas vivendo com HIV inclua, além do acompanhamento médico e da terapia antirretroviral (TARV), suporte em saúde mental, aconselhamento nutricional, serviço social e ações de redução do estigma nos serviços de saúde. Essa recomendação é respaldada por evidências que demonstram que equipes multiprofissionais aumentam significativamente as taxas de adesão ao tratamento e reduzem internações hospitalares. No Brasil, experiências exitosas em Serviços de Assistência Especializada (SAE) mostram que a vinculação do paciente adulto a uma equipe de referência composta por médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo contribui para maior continuidade do cuidado e fortalecimento da autonomia do sujeito (Brasil, 2017). Tais evidências indicam que a multidisciplinaridade não é apenas uma escolha organizacional, mas um imperativo clínico sustentado por resultados concretos. A literatura especializada é categórica ao afirmar que serviços estruturados sob essa lógica apresentam melhores desfechos terapêuticos, menor taxa de abandono e maior capacidade de resposta às situações de vulnerabilidade que

inevitavelmente surgem ao longo do acompanhamento prolongado de pacientes com condições crônicas.

Cada profissional dessa equipe multiprofissional desempenha um papel específico e indispensável no processo terapêutico do adulto vivendo com HIV/AIDS. O médico é responsável pelo monitoramento clínico, pela prescrição e ajuste da TARV e pelo manejo das comorbidades associadas, como tuberculose, hepatites virais e doenças cardiovasculares, que incidem com maior frequência nessa população. O enfermeiro atua no acolhimento, na educação em saúde, no monitoramento da adesão ao tratamento e na realização de consultas de enfermagem que reforçam o vínculo do paciente com o serviço. Essa presença contínua do enfermeiro no cotidiano do serviço coloca-o em posição privilegiada para identificar precocemente sinais de abandono terapêutico, intercorrências clínicas e vulnerabilidades que demandam encaminhamento para outros membros da equipe. O psicólogo oferece suporte emocional diante do diagnóstico, acompanha o impacto da soropositividade na identidade, nas relações afetivas e na sexualidade do adulto, além de intervir em situações de ansiedade, depressão e uso prejudicial de álcool e outras drogas condições frequentemente associadas ao HIV/AIDS. O momento do diagnóstico é, em si, um evento de ruptura biográfica: o sujeito é confrontado com uma nova condição que reorganiza sua percepção de si mesmo, de seu corpo, de suas relações e de seu futuro, e sem suporte psicológico adequado esse processo pode resultar em negação, isolamento e descontinuidade do tratamento. O assistente social, por sua vez, identifica vulnerabilidades socioeconômicas, articula o acesso a benefícios previdenciários, programas de transferência de renda e redes comunitárias de apoio, contribuindo para a redução das iniquidades que dificultam a adesão ao tratamento (Brasil, 2017; OMS, 2016). É

preciso reconhecer que a adesão à TARV não depende exclusivamente da vontade individual do paciente: fatores como insegurança alimentar, falta de moradia, desemprego e ausência de rede de apoio familiar exercem influência direta sobre a capacidade do adulto de manter um regime terapêutico consistente.

Os impactos psicossociais do diagnóstico de HIV/AIDS na vida adulta são profundos e multifacetados. O estigma social associado à doença ainda provoca isolamento, dificuldades nas relações interpessoais e afetivo-sexuais, comprometimento da autoestima e, em muitos casos, abandono do tratamento. Estudos apontam que adultos vivendo com HIV apresentam taxas de depressão entre 21,9% e 44,8% e de ansiedade entre 23,2% e 36,9%, impactando diretamente na adesão à TARV e na supressão viral, e menos de 15% desses pacientes recebem acompanhamento em saúde mental (Unaides, 2021). Esses números revelam uma lacuna assistencial crítica: enquanto a saúde mental é reconhecida como determinante da adesão terapêutica, a oferta de suporte psicológico nos serviços especializados permanece insuficiente para cobrir a demanda real da população atendida. Nesse sentido, o suporte psicossocial não é complementar ao tratamento — é parte constituinte dele. Quando os serviços de saúde promovem um ambiente livre de julgamentos, com escuta qualificada e atenção às singularidades de cada sujeito, observa-se maior engajamento do paciente adulto no seu próprio processo de cuidado.

A humanização do atendimento, entendida não como gentileza superficial, mas como reconhecimento da dignidade e da autonomia do sujeito, é condição necessária para que o vínculo terapêutico se estabeleça e se mantenha ao longo do tempo. Um serviço que trata o paciente com HIV de forma desumanizada ou

estigmatizante não apenas falha eticamente — ele falha clinicamente, pois o paciente que se sente julgado ou humilhado tende a evitar o serviço, comprometendo a continuidade do cuidado. O estigma, vale ressaltar, não se manifesta apenas nas relações interpessoais, mas também nas estruturas institucionais dos próprios serviços de saúde, por meio de práticas que expõem desnecessariamente o diagnóstico do paciente ou que o tratam de forma diferenciada e discriminatória.

Do ponto de vista epidemiológico, os dados reforçam a eficácia do modelo multiprofissional. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2022), adultos acompanhados em serviços com equipes multiprofissionais completas apresentam maiores índices de supressão viral indicador que, além de beneficiar a saúde individual, reduz a transmissibilidade do vírus e contribui para o controle da epidemia. Essa constatação dialoga diretamente com a estratégia 95-95-95 da UNAIDS, que estabelece como meta que 95% das pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 95% das diagnosticadas recebam tratamento e 95% das que recebem tratamento alcancem supressão viral. Para que essas metas sejam alcançadas, é imprescindível que os serviços de saúde estejam estruturados para oferecer cuidado integral e continuado, não apenas acesso ao medicamento.

A análise dessas evidências confirma que o cuidado integral não é apenas uma diretriz ética, mas uma estratégia eficaz do ponto de vista clínico e epidemiológico. Quando os adultos vivendo com HIV/AIDS são acolhidos sem julgamento, acompanhados por equipes qualificadas e inseridos em redes de proteção social, os indicadores de saúde melhoram substancialmente. Assim, investir em modelos de atenção humanizada e multiprofissional representa

não apenas um compromisso com a dignidade humana, mas também uma resposta concreta e eficiente aos desafios impostos pela epidemia do HIV/AIDS. O desafio que se coloca para o sistema de saúde brasileiro é, portanto, o de consolidar e expandir esse modelo, garantindo que todos os adultos vivendo com HIV, independentemente de onde vivam ou de quais recursos disponham, tenham acesso a um cuidado que reconheça sua humanidade, responda à complexidade de suas necessidades e os apoie na construção de uma vida plena e com dignidade.

## **Conclusão**

O percurso analítico desenvolvido neste ensaio confirma a tese central defendida desde a introdução: o estigma, o preconceito e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde comprometem de forma decisiva a adesão à terapia antirretroviral e a qualidade de vida das pessoas soropositivas, e somente um modelo de atenção integral é capaz de enfrentar adequadamente essa realidade. Os três eixos de análise percorridos ao longo do ensaio — o estigma como barreira estrutural, os desafios psicossociais da adultez soropositiva e a eficácia do cuidado multiprofissional — articulam-se de maneira coerente e sustentam essa conclusão com base na literatura científica revisada.

Importa reconhecer, contudo, as limitações inerentes a este estudo. Por se tratar de uma pesquisa bibliográfica de caráter narrativo, a seleção das fontes está sujeita a viés de escolha, não esgotando a totalidade da produção científica sobre o tema. A heterogeneidade metodológica dos estudos revisados dificulta comparações diretas entre os dados apresentados. Além disso, a maioria das evidências analisadas reflete contextos urbanos e de média e grande porte, o

que limita a generalização das conclusões para populações em municípios de menor porte ou em regiões com estrutura assistencial mais precária. A subnotificação de casos de HIV/AIDS em grupos marginalizados — como pessoas em situação de rua, usuários de drogas e populações do campo — também representa um obstáculo epistemológico relevante para a compreensão da real magnitude dos desafios identificados.

Diante desse quadro, reafirma-se a importância de novos estudos que aprofundem a compreensão dos determinantes sociais que condicionam a adesão ao tratamento e o bem-estar de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil. São necessárias, em especial, pesquisas que avaliem o impacto de intervenções psicossociais estruturadas sobre desfechos clínicos concretos; estudos longitudinais que acompanhem trajetórias de cuidado ao longo do tempo; investigações sobre as experiências específicas de grupos mais fragilizados, como mulheres negras, homens que fazem sexo com homens e pessoas transgênero; e análises que examinem os efeitos de políticas públicas de redução do estigma sobre o acesso e a continuidade do cuidado. Somente por meio de uma produção científica robusta e comprometida com a equidade será possível consolidar modelos de atenção que garantam, de forma universal e irrestrita, o direito à saúde integral de todas as pessoas que vivem com HIV/AIDS.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa sobre estigma e adesão ao tratamento antirretroviral.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

CARVALHO, C. M. S.; PAES, G. O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 157-163, 2011.

CECCATO, M. G. B. et al. Compreensão sobre HIV/AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1418-1428, 2004.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.;

MATTOS, R. A. (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection**. Genebra: OMS, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring**. Geneva: WHO, 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guidelines on HIV prevention, diagnosis, treatment and care for key populations**. Geneva: World Health Organization, 2016.

PAIM, J. S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, London, v. 57, n. 1, p. 13-24, 2003.

PEDERSEN, E. R. et al. Interprofessional teamwork in HIV care: a systematic review. **Journal of the International AIDS Society**, v. 22, n. 3, p. 1-10, 2019.

REIS, R. K. et al. Prevalência de depressão em pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil: revisão sistemática. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos socioeconômicos e comportamentais de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 2, 2017.

REIS, R. K. et al. Qualidade de vida, aspectos socioeconômicos e depressão em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2017.

REMIEN, R. H. et al. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. **AIDS**, v. 33, n. 9, p. 1553-1560, 2019.

SILVA, R. A. R. et al. Atuação do enfermeiro na adesão ao tratamento antirretroviral. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 71, n. 2, p. 372-379, 2018.

TULLER, D. M. et al. Socioeconomic determinants of antiretroviral therapy adherence in sub-Saharan Africa. **AIDS and Behavior**, v. 14, n. 2, p. 243-253, 2010.

UNAIDS. **Ending the AIDS epidemic: progress report**. Geneva: UNAIDS, 2023.

UNAIDS. **Global AIDS Update 2021: Confronting inequalities**. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2021.