



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE MEDICINA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENSINO NA SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL

ADRIANA ROSA SPADER

**MAPAS CORPORAIS NARRADOS: Um estudo de caso sobre mulheres vivendo com HIV e seus itinerários de cuidado**

Porto Alegre 2021

ADRIANA ROSA SPADER

**MAPAS CORPORAIS NARRADOS: Um estudo de caso sobre mulheres vivendo com HIV e seus itinerários de cuidado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.

Orientador (a): Prof (a). Dr (a). Fabiana Schneider Pires

Porto Alegre 2021

### CIP - Catalogação na Publicação

Spader, Adriana Rosa  
MAPAS CORPORAIS NARRADOS: Um estudo de caso sobre  
mulheres vivendo com HIV e seus itinerários de cuidado  
/ Adriana Rosa Spader. -- 2021.  
114 f.  
Orientadora: Fabiana Schneider Pires.

Dissertação (Mestrado Profissional) -- Universidade  
Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina,  
Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde, Porto  
Alegre, BR-RS, 2021.

1. HIV . 2. Cuidado em Saúde. 3. Sistema Único de  
Saúde. 4. Atenção Primária à Saúde . I. Pires, Fabiana  
Schneider, orient. II. Título.

## **ATA DE DEFESA**

ADRIANA ROSA SPADER

**MAPAS CORPORAIS NARRADOS: Um estudo de caso sobre mulheres vivendo com HIV e seus itinerários de cuidado**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional, da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

### **BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Daniela Riva Knauth (UFRGS)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cristine Maria Warmling (UFRGS)

---

Prof. Dr Luiz Fernando Calage Alvarenga (UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

Sou grata a DEUS pela oportunidade de estar novamente na Universidade onde concluí minha graduação, voltando agora como mestranda e concluindo essa caminhada no meio de tantos percalços que a Pandemia nos impôs.

Agradeço a compreensão dos meus filhos e do meu companheiro de vida, Martini, por estarem me apoiando e incentivando em momentos em que até eu duvidava que conseguiria.

Didinha Tati, dinda dos meus filhos, minha cunhada, Dr<sup>a</sup> Tatiana Telch Evalte, agradeço imensamente a ti por todos os auxílios desde o memorial descritivo no início de tudo até o momento da defesa.

Didinho Sérgio, meu mano, obrigada por me ceder refúgio nas aulas on-line do mestrado cuidando do meu tesourinho Pedro.

Fabi, minha orientadora, ser humano lindo, acolhedora, sempre presente em todos os momentos e em todos os horários, mesmo que final de semana ou feriado sempre tive seu retorno. Vivi momentos muito estressantes na linha de frente ao combate à COVID 19, trabalhei todos os dias sem me afastar em nenhum momento, somando-se a jornada doméstica com filhos em isolamento social e aulas on-line, tarefas e devolutivas do mestrado, mas a Fabi sempre esteve comigo e caminhou ao meu lado para que esse momento final do mestrado pudesse ser concluído.

Agradeço também aos meus colegas de SUS, colegas da Chácara da Fumaça, local de acolher, diferencial na saúde pública, local de meditação, terapia comunitária, shiatsu, auriculoterapia, local de atendimento em rede, minha segunda família.

## APRESENTAÇÃO

Há aproximadamente 21 anos atrás me formava no curso de Técnico em enfermagem e iniciava minha trajetória pelos caminhos do cuidar. Minha vivência antes de ingressar na atenção primária foi totalmente hospitalocêntrica, focada na cura das doenças e no imediatismo. No ano de 2008 me tornava enfermeira, graduada por essa honrosa Instituição, de excelência em ensino, UFRGS. Em 2010 ingressei como enfermeira estatutária do Município de Porto Alegre e conheci o verdadeiro significado de cuidado.

Foi na Unidade de Saúde Chácara da Fumaça que os princípios do SUS, equidade, universalidade e integralidade fizeram realmente sentido na minha existência profissional. Trabalhar em comunidades vulneráveis onde o deslocamento para outros pontos da rede de atenção à saúde requer não só condições financeiras para tal, mas também cognitivas, reforça a necessidade de serviços de saúde resolutivos e acolhedores.

Ser enfermeira atuante na Atenção primária à saúde, ser integral no olhar ao usuário, sua família, comunidade, estar presente nas discussões de gestão com participação social, trabalho em rede, estar presente nas escolas, domicílios, associações, ser “cuidado” em todos os ciclos da vida, e também na morte, impulsiona-me a buscar melhorias tanto no âmbito individual como coletivo no intuito de aprimorar os processos de trabalho focados nos princípios do SUS

## SÍNDROME DA HUMANA DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

O que precisa ser combatido:  
A mancha feia da ignorância  
Tingindo a palavra intolerância:  
Não existe nada pior em ação  
— A grande síndrome da deficiência adquirida  
É a desinformação —

O que precisa ser banido:  
O efeito gerado e causado  
Pelo preconceito  
Que existe e insiste  
Em mostrar a cara dura  
Contra o amor:  
A verdadeira cura  
Para todo e qualquer mal-estar  
— A grande síndrome da deficiência adquirida  
É o ódio doado na sala de estar —

**Paulo Sabino**

## RESUMO

A partir da descentralização do tratamento do HIV para a atenção primária em 2014, as unidades de saúde tiveram que redesenhar seu processo de trabalho e olhar de forma integral para esses usuários antes tratados em serviços especializados. Porto Alegre em 2019 apresentou taxa de detecção para o HIV seis vezes maior que a taxa nacional e quase duas vezes a taxa do RS, atingindo 17,6 casos/ mil nascidos vivos. O coeficiente de mortalidade por AIDS neste mesmo ano foi de 22,0 óbitos/100 mil hab, cinco vezes superior ao coeficiente nacional. O objetivo do estudo foi compreender o viver com HIV e o cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV, bem como identificar o cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV, conhecer potencialidades e desafios no cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV e compreender os efeitos sobre o viver com HIV no cotidiano de mulheres que vivem com HIV e a rede de atenção no município de Porto Alegre/RS. Ao compreender este viver com HIV e seus efeitos, a rede de atenção em saúde pode reorganizar processos de trabalho para construir percursos de cuidado com as usuárias, ampliando a abordagem interprofissional e intersetorial do cuidado em saúde e qualificar o processo de trabalho das equipes de saúde. Esta é a principal justificativa deste estudo, unindo-se à perspectiva de construção de produtos inovadores para a saúde de mulheres vivendo com HIV, tanto no singular itinerário quanto na perspectiva coletiva da produção de cuidado nas redes de atenção à saúde. O estudo foi de caráter exploratório descritivo, tipo estudo de caso e o instrumento utilizado foi a construção do mapa corporal narrado (body map storytelling). Participaram do estudo quatro mulheres com diagnóstico confirmado de HIV, vinculadas à Unidade Chácara da Fumaça (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre/RS). A análise das narrativas e dos mapas se deu a partir da Análise de Discurso (AD) em três fases: a pré análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Os mapas corporais construídos resgataram marcas intensas, muitas vezes adormecidas no inconsciente, e que expressaram o caminhar, o lutar e o viver dessas mulheres. Os mapas corporais e as narrativas permitiram ressaltar um universo povoado por estigma, preconceito, medos e inseguranças, ao mesmo tempo que descortinaram uma existência apoiada nas relações familiares, na religiosidade e nos afetos tingidos, muitas vezes, pela culpa e por ressentimentos. Além disso, trabalhar com as equipes de saúde com a temática HIV/AIDS buscando a qualificação dos processos de trabalho e mitigando problemas de acesso a esses usuários foi um desacomodar-se e despir-se de preconceitos dentro dos espaços de cuidado. Viver com HIV e ser mulher em uma sociedade reprodutora de desigualdades sociais e violência de gênero é com certeza desafiador. Faz-se necessário que as políticas públicas e serviços de saúde se conectem com esses usuários de forma mais intensa e olhem para suas necessidades, de forma a compreender este emaranhado de sentimentos e necessidades e, assim, permitindo novos olhares para o cuidado em saúde de mulheres vivendo com



HIV. É imperativo que os profissionais e os serviços de saúde aceitem o desafio de se redesenhar itinerários de cuidado, singularizando as abordagens e aproximando as usuárias aos serviços de saúde, por meio de atitudes de vínculo e acolhimento, de forma a ultrapassar os protocolares encaminhamentos em saúde, redimensionando a rede de cuidados e criando oportunidade de um cuidado centrado nas pessoas e não na doença.

**Palavras-chave:** HIV. Sistema Único de Saúde. Cuidado em Saúde. Atenção Primária à Saúde

## **ABSTRACT**

After the decentralization of HIV treatment to primary care medical services in 2014, health center units had to redesign their work process and look at these patients who were previously treated in specialized services. Porto Alegre in 2019 had a positive infections rate for HIV six times higher than the Brazil rate and almost twice the rate compared to RS state, reaching 17.6 cases/ thousand live births. The AIDS mortality coefficient in that year was 22.0 deaths/100 thousand habitants, five times higher than the Brazil numbers. The objective of the study was to understand living with HIV and the health care of women living with HIV, as well as identifying the health care of women living with HIV, knowing the potential and challenges in the health care of women living with HIV and understanding the effects on living with HIV in the daily lives of women living with HIV and the care network in the city of Porto Alegre/RS. By understanding this living with HIV and its effects, the primary health care network can reorganize work processes to build care pathways for patients, expanding the interprofessional and intersectoral approach to health care and qualifying the work process of health center teams. This is the main purpose of this study, joining the perspective of create innovative products to increase life and health quality of HIV women, considering both, the singular or collective path perspective of care grow in primary health care networks. The study was descriptive and exploratory research, as a study case and the methodology used was the creation of the body map storytelling. Four women with a positive HIV diagnosis, linked to the Chacara da Fumaca Health Center Unit (Municipal Health Center Department of Porto Alegre/RS) participated in the study. The analysis of the narratives and body maps was based on Discourse Analysis (DA) in three phases: pre-analysis, material exploration and result data treatment and interpretation. The constructed body maps retrieve intense memories, often inactive in the unconscious, which expressed the path, struggle and life of these women. The body maps and narratives highlighted a universe populated by stigma, prejudice, fears and insecurities, while at the same time revealing an existence based on family relationships, religiosity and emotional memories, often, with guilt and umbrage. In addition, working with medical health teams with the HIV/AIDS subject, seeking to improve the work processes and mitigate access problems to these patients, was a disaccommodate and free of prejudices within the health care locations. Living with HIV and being a woman in a society that maintain old behaviors as social inequalities and gender violence is certainly challenging. It is necessary that public politics and health services connect with these patients more intensely and look at their needs, in order to understand this tangle of emotions and needs and, thus, allowing new perspectives on the primary health care of women living with HIV. It is urgent that health professionals and services accept the challenge of redesigning care methods, specifying out approaches and bringing patients closer to health

services, through emotional link and careness, in order to overcome the protocol health referrals, improve the care network and creating the opportunity for dedicated care on people and not on their disease.

Keywords: HIV.Unified Health System. Health Care. Primary Health Care

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Mandala da prevenção combinada do HIV.....	27
Figura 2	Divisão dos distritos sanitários de Porto Alegre .....	29
Figura 3	Unidade de Saúde de atenção primária Chácara da Fumaça.....	40
Figura 4	Sala de costura da Associação de moradores NACIPAZ.....	41
Figura 5	Mapa corporal Pérola Negra.....	48
Figura 6	Mapa corporal Esmeralda 1.1.....	54
Figura 7	Mapa corporal Esmeralda 1.2.....	55
Figura 8	Mapa corporal Rubi 1.1.....	58
Figura 9	Mapa corporal Rubi 1.2.....	60
Figura 10	Mapa corporal Quartzo Rosa 1.1.....	66
Figura 11	Mapa corporal Quartzo Rosa 1.2.....	68
Figura 12	Folder Profilaxia medicamentosa contra a infecção pelo HIV.....	79
Figura 13-	Folder informativo sobre HIV/ AIDS.....	81
Figura 14	Fluxograma para vinculação do RN exposto nas U.S.....	82
Figura 15	Tempestade cerebral.....	84
Figura 16	Oficina com mulheres.....	85
Figura 17	Estratégia de EPS equipe U.S Chácara da Fumaça .....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome (termo em língua inglesa) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antiretroviral
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CD4	Grupamento de Diferenciação 4
CD8	Grupamento de Diferenciação 8
CIAP	Classificação Internacional da Atenção Primária
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CV	Carga Viral
CONEP	Conselho Nacional de Ética em Pesquisa
DTG	Dolutegravir
EPS	Educação Permanente em Saúde
GD	Gerência Distrital
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana (sigla em língua inglesa)
HSH	Homens que Fazem Sexo com Homens
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IT	Itinerários Terapêuticos
MCN	Mapa Corporal Narrado
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PEP	Profilaxia Pós Exposição
PreP	Profilaxia Pré Exposição
POA	Porto Alegre
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
RAS	Redes de Atenção à Saúde

RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviço de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antiretroviral
TB	Tuberculose
3TC	Lamivudina
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
TR	Teste Rápido
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
U.S	Unidade de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	16
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	21
2.1 OBJETIVO GERAL.....	21
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	21
<b>3 MARCO TEÓRICO</b> .....	22
3.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS .....	22
3.2 TRATAMENTO .....	24
3.3 TERAPIA COMBINADA .....	26
3.4 PORTO ALEGRE E A DIVISÃO TERRITORIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	28
3.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS ITINERÁRIOS DE CUIDADO .....	30
3.6 ESTIGMA E O HIV .....	33
3.7 GÊNERO E O HIV : O PORQUÊ DE ESTUDAR AS MULHERES .....	36
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	40
4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS .....	45
<b>5 RESULTADOS</b> .....	47
5.1 PÉROLA NEGRA .....	47
5.2 ESMERALDA .....	50
5.3 RUBI .....	56
5.4 QUARTZO ROSA .....	61
<b>6 DISCUSSÃO</b> .....	69
6.1 ITINERÁRIOS DE CUIDADO: O LAPIDAR DE PEDRAS PRECIOSAS .....	70
6.2 O CAMINHO E O CAMINHAR PARA AS MULHERES HIV: POTENCIALIDADES E DESAFIOS ...	73
6.3 O CASULO E A BORBOLETA: OS EFEITOS SOBRE VIVER COM HIV NO COTIDIANO DE MULHERES .....	74
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>8 PRODUTOS TÉCNICOS</b> .....	79
8.1. MATERIAL DIDÁTICO : FOLDER PROFILAXIA MEDICAMENTOSA CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV .....	79
8.2 MATERIAL DIDÁTICO : FOLDER INFORMATIVO SOBRE HIV/AIDS .....	81
8.3 MATERIAL DIDÁTICO – DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULA LÁCTEA – MATERIAL EDUCATIVO E DE GESTÃO COM ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....	82

8.4 OFICINA COM MULHERES : DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE CUIDADO.....	84
8.5 AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE .....	86
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE.....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO B - ENTREVISTA – QUESTÕES NORTEADORAS.....</b>	<b>98</b>
<b>APÊNCIDE A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP / SMS .....</b>	<b>99</b>
<b>APÊNCIDE B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP PLATAFORMA BRASIL .....</b>	<b>105</b>



## 1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de AIDS (síndrome da imunodeficiência adquirida) no Brasil foram detectados em meados da década de 1980 e foram registrados especificamente em gays adultos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2012a). Em mais de 30 anos da epidemia no mundo foram produzidas muitas pesquisas sobre a doença, estudos que possibilitaram de forma bastante eficiente e confiável o diagnóstico com instrumentos laboratoriais de forma ampla e precoce, oportunizando a interrupção de redes de transmissão e a necessária segurança ao suprimento de hemoderivados usados em transfusões bem como a decrescente incidência de transmissão vertical (que pode ser eliminada se implantadas adequadas políticas de saúde e se garantido o acesso aos serviços de saúde).

Baseado em análise de dados do Ministério da Saúde do ano de 2013, às características da epidemia do HIV ( Vírus da Imunodeficiência Humana) estavam concentradas em populações de maior vulnerabilidade social e o monitoramento desses dados ocorria através de sistemas de informação como SISCEL (Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4+( grupamento de diferenciação 4)/CD8+( grupamento de diferenciação 8) e CV (Carga viral do HIV) e SICLOM (Sistema de controle logístico de medicamentos), sistemas que até os dias de hoje são utilizados (BRASIL, 2013a).

O HIV é um retrovírus que ataca células do sistema imunológico do organismo, linfócitos e glóbulos brancos, integra-se ao material genético da célula atacada estabelecendo infecção permanente. Enfraquece a resposta do linfócito CD4 de diversas maneiras, levando a exaustão das respostas celulares a essa infecção, causando doença clínica que pode levar a morte se não tratada adequadamente (ADAMS; WOELK, 2015).

Quanto ao uso de medicações antirretrovirais (ARV), estudos apontam que deve ser iniciado o mais precoce possível e que novas infecções pelo HIV podem ser evitadas com a sua expansão. ARV usados de forma profilática podem diminuir o número de novas transmissões. Nos dias atuais, sabemos que vírus resistentes aos medicamentos podem emergir, mas, por outro lado, há tecnologia avançada para elaborar novos medicamentos usados para o resgate e que podem superar esse problema (BREGA et al., 2017).

O aumento da sobrevida para estes pacientes exigiu o desenvolvimento de estratégias multidisciplinares para a garantia das condições de vida e também acarretou a emergência de novas questões psicossociais a serem vivenciadas, como as possibilidades de tratamento e a necessidade do fortalecimento da rede de apoio para o enfrentamento do preconceito e discriminação, que ainda perduram na sociedade (POLEJACK; SEIDL, 2010).

Ao assumir que a abordagem terapêutica para a AIDS ainda é um objeto de estudo complexo,

formado por condições simultâneas e com muitos efeitos sobre o indivíduo, entende-se que a produção do cuidado em saúde para as PVHIV (pessoas vivendo com HIV), enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes campos do saber, de diversas dimensões da experiência humana, de uma ampla e planejada atuação dos profissionais que, face a face com os pacientes, na intensidade do cotidiano destes sujeitos, constroem os singulares projetos terapêuticos na direção de delinear uma atenta e apropriada assistência, no seu mais amplo e abrangente sentido.

Transtornos psíquicos são mais frequentes em PVHIV do que na população geral, sendo a depressão o diagnóstico psiquiátrico mais frequente, podendo ser de duas até sete vezes maior em PVHIV. Há também maior risco de suicídio e uso de substâncias psicoativas nessa população, onde o álcool se torna um excludente para a tomada da medicação pelo receio da ingestão simultânea (BRASIL, 2018a).

Muitas vezes esconder a doença é uma estratégia usada para a sobrevivência social, procurando evitar situações de preconceitos tanto na família como no trabalho. PVHIV convivem com o medo de perder o emprego se o diagnóstico for revelado. Muitos transtornos psicológicos podem ser desencadeados a partir de atitudes preconceituosas da sociedade, somando-se a baixa autoestima, o isolamento social, a não procura por tratamento ou abandono e dificuldades em relacionamentos afetivos (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Em estudo realizado em Porto Alegre por Mocellin et al. (2015) foram descritas falhas ao longo do itinerário terapêutico de PVHIV as quais tiveram como desfecho óbito. A mais recorrente dentre elas expressou o despreparo dos serviços de saúde na assistência prestada a esses usuários, na identificação e retenção para o tratamento da doença.

O mesmo estudo destaca também a fragilidade das redes de atenção à saúde (RAS) voltadas a essa população e enfatiza a importância de melhorias em vários segmentos como acesso à prevenção e tratamento, assistência em saúde e na rede de atenção como um todo (MOCELLIN et al., 2015).

Boletins epidemiológicos do Ministério da saúde têm mostrado que embora o Brasil tenha mais casos de AIDS em homens, a diferença entre os sexos ao longo dos anos tem diminuído (BRASIL, 2012a; 2019a ; 2020b).

Em 1985 para cada 26 casos de AIDS uma mulher estava contaminada, já em 2010 a razão entre os sexos chegou a 1,7 caso em homens para 1 caso em mulheres (BRASIL, 2012a).

Porto Alegre, no ano de 2019 apresentou coeficiente de mortalidade por AIDS (22,0 óbitos/100.000 hab.) cinco vezes maior que o coeficiente Nacional. Enquanto o Rio Grande do Sul (RS) apresentou coeficiente de mortalidade por AIDS de 7,6 óbitos/100.000 habitantes (BRASIL, 2020b).

Em 2019, no Brasil, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de AIDS. A proporção de infecção entre homens e mulheres foi de 2,6 ou seja para cada 26 homens infectados

tínhamos 10 mulheres (BRASIL, 2020b).

Mulheres com baixa escolaridade, situações financeiras instáveis nas quais imperam as desigualdades na remuneração em relação aos homens, encontram-se mais vulneráveis à contaminação pelo HIV e essa vulnerabilidade individual e de gênero aos quais as mulheres estão intimamente ligadas expressam maior exposição à infecção (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

Ao falar sobre mulheres infectadas pelo vírus do HIV não se pode deixar de pensar nos determinantes históricos e culturais aos quais estão expostas. Preconceito e estigmatização, inclusive pelas equipes de saúde, em especial no momento em que é exposto o desejo de gestar, podem prejudicar a adesão ao tratamento, gerar baixa autoestima tornando-as assim mais vulneráveis às reinfecções (CARVALHAES, 2010).

Pensando sobre a rede de atenção em saúde para PVHIV, é vital que a APS (atenção primária em saúde) esteja estruturada para ofertar cuidado integral a essa população, realizando diagnósticos, prevenção, acompanhamento e tratamento de primeira linha (UFRGS, 2020).

Ao assumir a complexidade da atenção à saúde das PVHIV, as equipes e as instituições de saúde precisam de grandes investimentos na direção da integralidade das ações e do cuidado, lançando às equipes multiprofissionais o desafio da construção de uma prática de trabalho em equipe, da intersubjetividade inerente aos processos de trabalho que se pautam pelo cuidar em saúde, não somente interdisciplinar, mas que ultrapasse os conhecidos e hegemônicos modos de se produzir nos serviços de saúde para estes usuários.

Falta de recursos financeiros é um problema frequente e induz a falha do tratamento e acompanhamento de PVHIV que são assistidos em serviços de referência, pois geralmente estão localizados em locais distantes das comunidades, dificultando a vinculação desse usuário e diminuindo a adesão ao tratamento.

O Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente transmissíveis do HIV/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde, no ano de 2013, trouxe uma estratégia de cuidado compartilhado entre serviços especializados e a APS com a indicação de que o tratamento de PVHIV, ocorresse na U.S (unidade de saúde) de referência do usuário, com o apoio matricial de profissionais específicos, apostando numa ampliação ao cuidados destas pessoas e maior vinculação com a mesma. A APS passou então, a ser responsável pelo tratamento de primeira linha de PVHIV assintomáticas, maiores de 13 anos de idade e não gestantes (BRASIL, 2015a; 2020).

A TARV (terapia antirretroviral) passou a ser ofertada a todas as PVHIV objetivando redução de transmissão do vírus e benefícios clínicos, independente de resultados de T-CD4+ ou CV (BRASIL, 2015a).

No final do ano de 2014, a APS de Porto Alegre estava descentralizada para o tratamento do

HIV (PORTO ALEGRE, 2014a), seguindo os critérios do protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013b).

A reorganização para o acompanhamento e assistência médica e farmacêutica para pacientes assintomáticos e estáveis para a rede de atenção primária no município de Porto Alegre iniciou-se no primeiro quadrimestre de 2014 conforme relatório de gestão do mesmo ano (PORTO ALEGRE, 2014a).

A gerência distrital (GD) Partenon/Lomba do Pinheiro foi a primeira gerência a iniciar a descentralização da assistência, a partir de então iniciou-se a programação para capacitar as demais gerências distritais para o manejo clínico dos pacientes assintomáticos e estáveis para a rede de atenção primária à saúde (PORTO ALEGRE, 2014a).

No último quadrimestre de 2014 todas as GDs estavam capacitadas para realizar o tratamento de primeira linha a pacientes soropositivos assintomáticos, estáveis, maiores de 13 anos de idade e não gestante, conforme relatório de gestão de 2014 (PORTO ALEGRE, 2014b).

Atendendo ao protocolo clínico e às diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2018c), o tratamento de primeira linha (medicamentos utilizados no início do tratamento) que na época era constituído pela associação de tenofovir 300mg + lamivudina 300mg + efavirenz 600mg, passou a ser prescrito nas U.S nas quais os usuários estavam vinculados.

Em 2018, conforme nota informativa 03/2018 do Ministério da Saúde, o tratamento de primeira linha foi substituído pelo esquema tenofovir 300mg + lamivudina 300mg + dolutegravir 50mg (BRASIL, 2018c).

Apesar do atendimento destes pacientes ocorrer na APS por outras questões de saúde, o tratamento para a infecção do HIV não fazia parte do cotidiano dos serviços de forma tão intensa. Saber sobre resultados de CD4/ CD8, CV, idade fértil versus uso de ARV, método anticoncepcional subcutâneo implantável, dispositivo intrauterino hormonal estava longe de ser algo que necessitasse ser olhado com tanto cuidado.

O entendimento era de cuidado centralizado nos serviços de referência, o que ocorreu desde o início da epidemia até os anos subsequentes (BRASIL, 2017a).

A partir da descentralização do tratamento as equipes da APS passaram a assumir o cuidado integral destes usuários e com isso obtiveram a responsabilização pela busca ativa de faltantes nas consultas agendadas da US, busca ativa de parcerias sexuais e de articulações em rede, atividades antes não realizadas. Foram necessárias adequações nas equipes para melhor acolher essa população que ainda é cercada de estigmas e preconceitos e que dentro de comunidades mais pobres ainda enfrentam situações relacionadas a determinantes sociais e muitas vezes redes de serviços deficitários.

Frente a este novo desafio em tratar PVHIV na APS de Porto Alegre, faz-se necessário uma melhor compreensão das percepções sobre o viver com HIV, seus impactos no cotidiano e seus

itinerários de cuidado nas RAS, objetivando compreender essas percepções advindas de mulheres vivendo com HIV por estarem diretamente relacionadas às questões de vulnerabilidade de gênero.

Ao compreender a percepção de mulheres sobre o viver com HIV e seus efeitos, a rede da APS pode redesenhar os percursos, ampliar a abordagem interprofissional e intersetorial do cuidado em saúde e qualificar o processo de trabalho das equipes de atenção à saúde. Esta é a principal justificativa deste estudo, unindo-se à perspectiva de construção de produtos inovadores para a saúde de mulheres vivendo com HIV, tanto no singular itinerário quanto na perspectiva coletiva da produção de cuidado nas redes de atenção à saúde.

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Compreender o viver com HIV e o cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV.

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar o cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV;
- b) Conhecer potencialidades e desafios no cuidado em saúde de mulheres vivendo com HIV.;
- c) Compreender os efeitos sobre o viver com HIV no cotidiano de mulheres que vivem com HIV e a rede de atenção no município de Porto Alegre/RS.

### 3 MARCO TEÓRICO

#### 3.1 CONCEITO E EPIDEMIOLOGIA DO HIV/AIDS

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é um retrovírus que estabelece uma infecção permanente nas células. Ataca linfócitos e glóbulos brancos, enfraquecendo o sistema imune. A infecção pelo HIV pode causar AIDS resultando em doença clínica e morte pela sua característica de replicação viral rápida, sua variação viral e estado de latência, com exaustão do sistema imunológico (ADAMS; WOELK, 2015).

A resposta imunológica do organismo ao vírus do HIV depende de cada indivíduo e da carga viral. Diferentes fases compõem essa infecção: inicialmente ocorrem os sintomas inespecíficos e infecção aguda; após há um período assintomático caracterizado pela fase crônica da infecção, e que depende de cada sistema imunológico podendo durar muito anos até o aparecimento de infecções oportunistas e algumas neoplasias caracterizando então a AIDS (BRASIL, 2020a).

A AIDS foi detectada pela primeira vez no Brasil no ano de 1980 e avançou em proporções de epidemia, passou a ser considerada pelo Ministério da Saúde, naquela década, como prioridade de saúde pública (BRASIL, 1999).

A epidemia global da AIDS, grave problema de saúde pública, caracterizava-se por uma doença que atingia grupos restritos, os chamados “grupos de risco” e sua abrangência era entre homossexuais, hemofílicos, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Inicialmente a pessoa que se infecta com o vírus do HIV pode permanecer durante muitos anos sem manifestar sintomas. Quando ocorre perda da capacidade de defesa do organismo pelos ataques sucessivos do vírus às células de defesa do organismo, aparecem as infecções oportunistas e com elas os sinais e sintomas da AIDS, doença já instalada (BRASIL, 2017a).

A infecção pelo HIV é definida por dois testes rápidos reagentes de antígenos diferentes. Após a realização do primeiro teste rápido reagente, o segundo teste deve ser realizado, sequencialmente. A sensibilidade do primeiro teste deve ser igual ou superior ao segundo, buscando eliminar resultado falso positivo. Quando os testes rápidos (TR1 e TR2) estiverem indisponíveis o diagnóstico pode se dar por coleta de sangue laboratorial (UFRGS, 2020).

Para fins epidemiológicos todo a pessoa infectada pelo vírus HIV que apresentar contagem de linfócitos T CD4 menor que 350 células/mm<sup>3</sup> sendo maior de 13 anos de idade será considerado caso de AIDS (BRASIL, 2003b).

Presença de neoplasias como sarcoma de Kaposi, linfoma não Hodgkin, e acometimentos por

infecções oportunistas como pneumocistose, neurotoxoplasmose e tuberculose atípica é definidor para o diagnóstico de AIDS. A contagem de linfócitos CD4 é um marcador importante e geralmente nessas situações encontra-se abaixo de 200 céls/mm<sup>3</sup>. A contagem de linfócitos CD4 é importante na avaliação inicial, já a carga viral para o HIV é importante para monitorar a terapia antirretroviral (TARV) (BRASIL, 2018a).

Segundo o Ministério da Saúde, Brasil (2019b) caso de AIDS em indivíduos a partir de 13 anos de idade, para fins epidemiológicos, é definido seguindo alguns critérios específicos:

- a) Critério CDC adaptado: para se definir AIDS o indivíduo necessita de evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por testes sorológicos ou virológicos somando a evidência de imunodeficiência e/ou presença de contagem de T CD4+ menor que 350 células/mm<sup>3</sup>;
- b) Critério Rio de Janeiro/Caracas: evidência de diagnóstico de infecção pelo HIV por testes sorológicos ou virológicos somado a pelo menos 10 pontos na escala de sinais, sintomas ou doença onde são citadas várias patologias/ sinais e sintomas com pontuações específicas para cada uma;
- c) Critério Excepcional óbito: citação de AIDS nos campos da declaração de óbito ou HIV com presença de doença indicativa ou presuntiva nos campos da declaração somada a investigação epidemiológica inconclusiva.

A notificação compulsória de infecções pelo HIV passou a ser realizada no Brasil somente em 2014, o que prejudicou uma avaliação epidemiológica em anos anteriores. Antes de 2014 os casos de notificação compulsória eram restritos a HIV em gestantes e crianças expostas ou em casos onde a doença já havia sido instalada, caracterizando caso de AIDS (BRASIL, 2018b).

A notificação é compulsória para todos os casos diagnosticados como infecção pelo HIV e para casos com critérios de AIDS os quais devem ser citados em ficha específica de notificação. Casos notificados como infecção por HIV que posteriormente evoluem para critério de doença devem ser novamente notificados como caso de AIDS. As gestantes que vivem com HIV devem ser notificadas como HIV em gestante a cada nova gestação, independente de notificação anterior por infecção ou doença (UFRGS, 2020).

Observou-se redução na taxa de detecção de HIV desde a recomendação implementada em dezembro de 2013 de tratamento para todas as PVHIV independente de resultados de CD4/CD8/carga viral (BRASIL, 2018b).

Em Porto Alegre quando analisados os anos de 2013 a 2017 relacionados ao HIV/ AIDS no



questo raça/ cor a maior concentração de casos em número absolutos somando 3.296 casos de AIDS e 2.889 casos de HIV estão nas populações autodeclaradas brancas, porém quando compara-se a distribuição proporcional dos casos observa-se que a raça mais acometida é a negra ( PORTO ALEGRE, 2018).

Em 2018 foram registrados no sistema de informação de mortalidade 10.980 óbitos por causa básica AIDS, identificando uma taxa de 4,4/100.000 habitantes, evidenciando um decréscimo de 22,8% entre 2014 e 2018 (BRASIL, 2019a).

Em 2019, no Brasil, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de aids. A proporção de infecção entre homens e mulheres foi de 2,6, ou seja para cada 26 homens infectados tínhamos 10 mulheres (2020b).

O maior coeficiente de mortalidade padronizado por AIDS em 2019 foi observado em Porto Alegre (22,0 óbitos/100 mil hab.), cinco vezes superior ao coeficiente nacional ( 2020b).

Dados epidemiológicos apontam as características da infecção por HIV na população brasileira nos anos de 2007 até 2018, sendo concentrada na população masculina, faixa etária de 20 a 34 anos de idade, ensino médio completo (excluindo- se a faixa etária de ignorado que obteve a maior percentagem), negros e pardos, nos homens a exposição foi maior entre homossexuais e bissexuais, já nas mulheres infectadas, mais de 96% informou categoria de exposição sexual heterossexual (BRASIL, 2018b).

### 3.2 TRATAMENTO

Inicialmente o tratamento de primeira linha ( tratamento inicial para casos de HIV) na atenção primária, virgens de tratamento, se deu pela combinação de tenofovir 300mg + lamivudina 300mg + efavirez 600mg ( BRASIL, 2013b).

O dolutegravir passou a substituir o efavirez após revisão sistemática que evidenciou a maior supressão viral e menor risco de abandono de tratamento, além de diminuir o risco de resistência medicamentosa na primeira linha de tratamento em adultos (WHO, 2019).

Sendo assim o tratamento de primeira linha atualmente é configurado pela combinação de Tenofovir 300 mg (TDF) + Lamivudina 300 mg (3TC) + Dolutegravir 50 mg (DTG) (UFRGS, 2020).

Após a introdução TARV e sendo manejada adequadamente, o HIV passou a ser considerado doença crônica. Além da diminuição do adoecimento, com a introdução da TARV, as PVHIV diminuíram consideravelmente a probabilidade de transmissão do vírus e melhoraram a qualidade de vida (COHEN et al., 2011; WILSON et al., 2008; COHEN; GAY, 2010).

Apesar do número expressivo de pessoas que receberam TARV em dezembro de 2013, quase 12,9 milhões no mundo inteiro, esses dados correspondem apenas 37% das PVHIV, ficando 22 milhões

de pessoas sem tratamento. Neste mesmo ano, no mundo, somente 24% das crianças infectadas pelo HIV estavam em tratamento antirretroviral enquanto 37% dos adultos infectados receberam tratamento (UNAIDS, 2015).

Uma grande quantidade de pessoas ainda descobre a infecção pelo HIV em estágios mais avançados da doença, mesmo com a descentralização do diagnóstico através dos testes rápidos realizados na atenção primária. Em não ocorrendo tratamento, o tempo estimado para aparecimento dos sintomas desde a contaminação pelo vírus é de aproximadamente dez anos. Com isso, além de aumentar a chance de mortalidade nos casos de tratamento tardio, ainda existe a perpetuação da cadeia de transmissão do vírus (BRASIL 2018a).

Estímulo à TARV para todos os infectados pelo HIV tornou-se importante estratégia para controle da epidemia, aliado a intervenções de prevenção combinadas como monitoramento contínuo dos casos independente de estado imunológico (BRASIL, 2013a).

Associada ao uso da TARV para todas as PVHIV independente da carga viral, a epidemia do HIV apresentou redução da morbimortalidade, porém outras doenças crônicas como diabetes e hipertensão passaram a ser comuns nessa população, levando os serviços de saúde a se adequarem ao novo cenário tendo que ofertar um cuidado integral às PVHIV (BRASIL 2018a).

Todas às PVHIV devem iniciar TARV independente de resultados laboratoriais, mesmo assintomáticas, essa recomendação visa a redução de morbimortalidade e a diminuição da cadeia de transmissão, portanto deve ser iniciada o mais precoce possível (UFRGS, 2020).

A TARV atualmente é indicada para todos os adultos HIV independente de resultados laboratoriais e se dá exclusivamente pelo sistema único de saúde (BRASIL, 2017a).

Após a recomendação de tratamento para todos os infectados pelo HIV a taxa de detecção de AIDS no Brasil obteve redução de 21,4/100.000 habitantes em 2012 para 17,8/100.000 habitantes em 2018 (BRASIL, 2019a).

Dentre as principais razões para priorizar o acesso à TARV estão as questões clínicas, epidemiológicas e políticas que devem orientar a tomada de decisões e pesquisas futuras (DELVA et al., 2012) e estudos recentes evidenciaram que o tratamento não só é eficaz para o controle da doença e melhoria da qualidade de vida, mas também para a diminuição da transmissão do vírus (COHEN et al., 2011; WILSON et al., 2008; COHEN e GAY, 2010).

Além do tratamento para o HIV, diversas outras estratégias precisam ser implantadas para que haja uma resposta abrangente para acabar com a epidemia. Respostas de órgãos governamentais para a eliminação da transmissão vertical maximizando as ações preventivas, disponibilização de preservativos, oferta de profilaxia antirretroviral pré e pós exposição, ações de redução de danos (UNAIDS, 2015).

### 3.3 TERAPIA COMBINADA

A chamada “cascata de cuidado do HIV” estabelece metas e monitora avanços nos cuidados às PVHIV, e é composta por degraus que definem a vinculação, retenção e adesão desses usuários (BRASIL, 2018a).

A cascata é composta por cinco etapas fundamentais:

- 1) Vinculação: consiste no processo inicial de acolhimento e orientação do usuário na rede de atenção à saúde buscando autonomia e início precoce do tratamento;
- 2) Retenção: consiste no acompanhamento clínico regular e contínuo do usuário, garantia de exames laboratoriais e retirada sistemática da TARV, prezando a manutenção do cuidado;
- 3) Adesão ao tratamento: deve compor processo colaborativo com participação do usuário nas decisões sobre a terapia;
- 4) Matriciamento: proporciona suporte técnico especializado aos profissionais de saúde que atendem às PVHIV;
- 5) Atendimento em rede: a atenção primária assiste PVHIV assintomáticas e pacientes estáveis, caracterizados como doentes em condições crônicas, como as demais demandas atendidas na atenção primária. Os serviços de atendimento especializados (SAE) continuam atendendo casos sintomáticos, coinfetados e casos de maior complexidade como crianças e gestantes.

Falhas importantes nos processos que constituem a cascata de cuidados e prevenção, nos mostram as oportunidades perdidas em todas as etapas da assistência à mulher quando analisados os dados da transmissão vertical (MIRANDA et al., 2016).

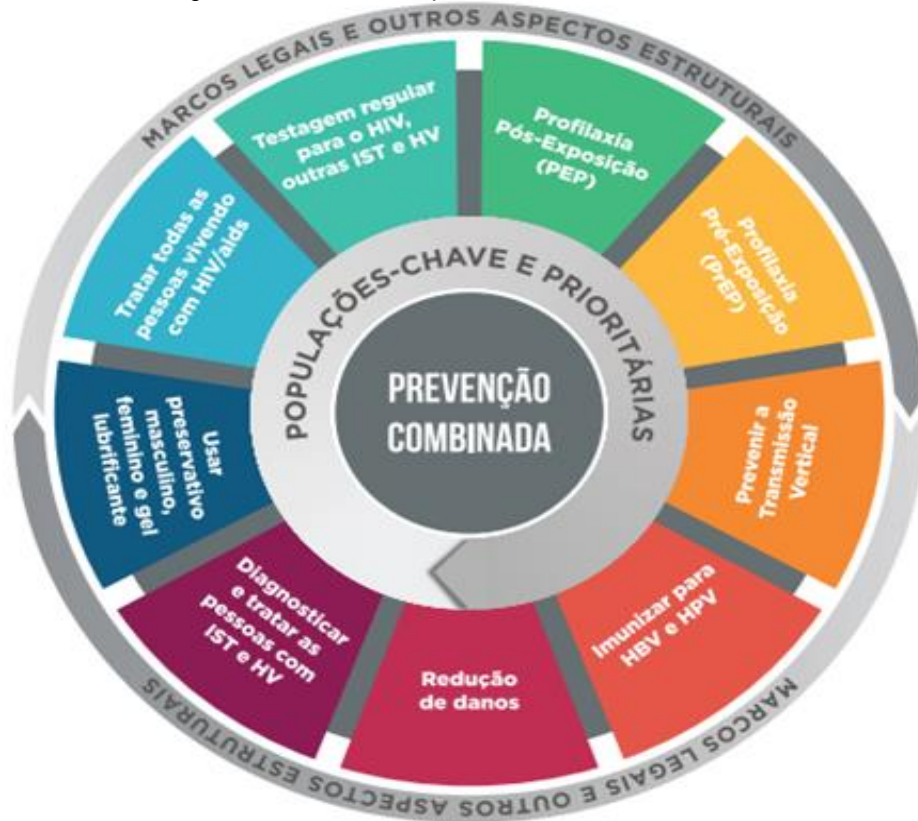
A mandala de prevenção combinada do HIV é a simbologia das estratégias de prevenção dando ideia de movimento, centrada no usuário, nos grupos sociais e na sociedade em que vivem, sendo integral e singular para cada situação (BRASIL, 2021). Combina estratégias de prevenção biomédicas, comportamentais e estruturais e fornece ideia de movimento relacionada às formas de prevenção, sendo que não há uma indicação única de estratégia, devendo o usuário dentro de sua autonomia ter o direito de escolha (BRASIL, 2017b).

Alguns segmentos da população como a população jovem, população negra, população indígena e população em situação de rua que estão inseridos em contextos que aumentam sua vulnerabilidade, são consideradas populações prioritárias para a resposta ao HIV e devem ter concentração de esforços para a prevenção (BRASIL 2017b).

Cada indivíduo possui riscos e percepções diversas em relação ao HIV e por este motivo

necessitam de métodos de prevenção individualizados, centrados no contexto social e na vontade do usuário, podendo ser cambiados a qualquer momento, por isso a ideia da mandala em movimento (BRASIL 2017b).

Figura 1 - Mandala da prevenção combinada do HIV



Fonte: BRASIL, 2017b.

A proposta de gestão compartilhada do cuidado das PVHIV entre os serviços especializados e a atenção primária, buscou ampliar o acesso a essa população com uma vinculação maior, sendo que o usuário passou a ser assistido na área de seu domicílio, com um atendimento em rede e contando com apoio matricial aos profissionais da atenção primária que passaram a realizar o tratamento para o HIV (BRASIL, 2018a).

A atenção primária, que oferta uma gama de ações em promoção à saúde, prevenção e reabilitação em sua essência, passou a ser referência para PVHIV assintomáticas e para controle de casos estáveis. Os casos de maior complexidade, menores de 13 anos, gestantes e tratamentos diferenciados do tratamento de primeira linha continuaram a ser atendidos nos serviços especializados (BRASIL, 2018a).

Apesar dos esforços para o controle da epidemia de HIV/ AIDS no Brasil, através da busca de diagnósticos precoces da infecção e no tratamento imediato, ainda existe um número considerado de PVHIV que não estão sendo tratadas (MONTANER, 2013).

A profilaxia pré- exposição ao vírus do HIV (PreP) consiste na tomada diária de fármacos ( tenofovir desoproxila ( TDF) 300mg e entricitabina (FTC) 200mg em uso contínuo. São necessárias cerca de uma semana de uso para se obter prevenção contra o vírus do HIV em relações anais e 20 dias aproximadamente para relações vaginais ( BRASIL, 2018d).

Tanto a PreP quanto a PEP( profilaxia pós exposição) fazem parte da estratégia de prevenção combinado do HIV que consiste em um conjunto de ações para minimizar as chances de contaminação pelo vírus. Sugere-se o uso combinado de métodos preventivos, sem exclusão ou sobreposição dos métodos de escolha do usuário ( BRASIL, 2018d).

Mesmo os grupos populacionais elegíveis para o uso de PreP que são eles: Gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), pessoas trans (pessoas que expressam um gênero diferente do sexo definido ao nascimento), profissionais do sexo, parcerias sorodiscordantes, necessitam ser avaliados em suas práticas sexuais e o contexto em que se encontram associado ou não ao maior risco de infecção pois somente o pertencimento a esses grupos prioritários não é suficiente para caracterizar exposição frequente ao HIV (BRASIL, 2018d).

A profilaxia pós exposição ao vírus do HIV é uma urgência e deve ser iniciada o mais rápido possível tendo como limite para início 72 horas após a exposição ( BRASIL, 2021).

Após o evento de exposição o usuário deverá ser avaliado por profissional de saúde que fará o levantamento de dados como tipo de material biológico envolvido no incidente, se é de risco ou não para a transmissão do HIV, quanto tempo entre o ocorrido e a procura por profilaxia e se a pessoa exposta é não reagente para o HIV no momento do atendimento e a partir das respostas obtém-se a indicação ou não para o uso da PEP ( BRASIL, 2021).

A PEP consiste na tomada diária da combinação preferencial de 1 comprimido de Tenofovir/Lamivudina (TDF/3TC) + 1 comprimido de Dolutegravir (DTG) por 28 dias contínuos. Esse esquema possui menor índice de efeitos adversos e propicia melhor adesão à profilaxia ( BRASIL, 2021).

Desde 1999 o SUS oferta a profilaxia pós-exposição ao vírus do HIV, a qual faz parte do conjunto de estratégias da prevenção combinada buscando evitar contaminações ( BRASIL, 2021).

### 3.4 PORTO ALEGRE E A DIVISÃO TERRITORIAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Segundo estimativa do IBGE, em 2020 Porto Alegre possuía uma população estimada de 1 milhão 488 mil e 252 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE, 2019).

O município de Porto Alegre, incluso no território da 2ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, é responsável pela gestão de todos os serviços de saúde do SUS, próprios

ou não, de sua extensão territorial (PORTO ALEGRE, 2020).

As RAS do município de Porto Alegre estão compostas, neste momento, na atenção primária por 134 Unidades de Saúde (8 US com Turno Estendido e 2 Clínicas da Família), somando 262 equipes de estratégia da saúde da família completas, 01 unidade de saúde indígena, 5 equipes de saúde prisional, 6 unidades de saúde socioeducativas e 3 equipes de consultório na rua, proporcionando uma cobertura populacional de 61% (PORTO ALEGRE, 2020).

Os serviços de atenção primária estão divididos nos 17 distritos sanitários que formam as Gerências Distritais (GDs). As GDs são estruturas administrativas e gestoras regionais onde além da atenção primária operacionalizam as demais estratégias para a atenção à saúde na esfera do SUS e estão subordinadas à Diretoria Geral de atenção primária da SMS. Outros serviços como Centros de especialidades e serviços especializados ambulatoriais e substitutivos estão sob a coordenação da SMS. Em Porto Alegre temos 8 GDs: Centro, Noroeste/ Humaitá/ Navegantes/ Ilhas (NHNI), Norte/Eixo Baltazar (NEB) , Leste/Nordeste (LENO), Glória/Cruzeiro/Cristal (GCC), Sul/ Centro Sul, Partenon/ Lomba do Pinheiro (PLP) , Restinga/Extremo Sul (RES) (PORTO ALEGRE, 2021a).

Figura 2 – Divisão dos distritos sanitários de Porto Alegre



Fonte: SMS/CGVS, 2017

A Grande maioria das unidades de saúde de atenção primária do Município são administradas

por entidades como Santa Casa, Vila Nova e Divina Providência, ficando sob a administração própria, servidores estatutários menos de 10% das unidades de saúde de atenção primária.

Sob a Coordenadoria Geral de Urgência estão os prontos atendimentos, as bases do SAMU e os hospitais gerais e especializados próprios e conveniados do SUS, compondo os serviços de internação hospitalar e domiciliar (PORTO ALEGRE, 2021a).

### 3.5 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E OS ITINERÁRIOS DE CUIDADO

As redes de atenção à saúde (RAS) são definidas na Portaria 4279 de 20 de dezembro de 2010 pelo Ministério da Saúde como:

Arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010, p.01).

Com objetivo de prestar atenção integral, levando em conta a situação epidemiológica da população e de forma regionalizada as RAS devem ser resolutivas e devem almejar atender as reais necessidades dos usuários pertencentes a região adscrita (BRASIL,2015b).

As RAS devem expressar o cuidado integral ao usuário com clareza da área adscrita buscando implementar ações de saúde que reflitam a realidade de cada local, devem promover saúde equitativa, abrangente e mais acessível (OPAS, 2010).

Caracterizada por horizontalidade nas relações que englobam os cuidados da saúde da população, as RAS se responsabilizam por manter uma atenção integral e sistemática com cuidado multidisciplinar e com interlocução entre a atenção primária em saúde e os pontos de atenção (domicílios, unidades de saúde, serviços especializados, entre outros ) fundamenta-se na premissa da atenção primária como primeiro nível de atenção (BRASIL, 2010).

Redes regionalizadas, com populações definidas, refletem na diminuição das desigualdades sociais e ampliação de acesso com equidade. O atendimento primário deve se dar mais próximo da localidade de moradia do usuário contra referenciando os casos mais complexos (KUSCHNIR; CHORNY, 2010).

Existem modelos de organização dos serviços em saúde que contemplam sistemas fragmentados ou RAS. Os sistemas fragmentados não se comunicam entre si, não há referência entre os serviços, há uma desorganização por meio de conjuntos de pontos de atenção à saúde que se tornam ineficientes pois não cumprem o papel de efetividade no cuidado, diferente das RAS que têm objetivos claros em relação a obrigatoriedade da integração entre os variados pontos de atenção à saúde (BRASIL, 2015b).

A atenção primária, dentro da organização das RAS, funciona como a porta de entrada no sistema, deve fornecer atendimento abrangente com resolutividade, ser equânime, localizar-se próximo a moradia dos usuários e ser responsável pelo elo da rede que proporciona maior vínculo com seus usuários e comunidade (OPAS, 2010).

Até o ano de 2013 as PVHIV eram tratadas em modelo de atenção à saúde centralizado nos serviços de atenção especializada (SAE) que no momento mostravam-se mais adequados (BRASIL, 2017a). A partir da orientação do Ministério da Saúde para que o tratamento das PVHIV fosse realizado na atenção primária, vários municípios iniciaram o acompanhamento a esses usuários (BRASIL, 2018a).

A partir da simplificação do tratamento do HIV e da concepção de doença crônica, o modelo anterior centrado em serviços de referência passou a ser substituído pelo modelo descentralizado do cuidado, e visto a atenção primária favorecer o vínculo terapêutico avaliando outros fatores de risco como diabetes mellitus, hipertensão, garantindo acesso e vínculo com a unidade de saúde de seu território, passou então a ser protagonista deste cuidado (BRASIL, 2017a).

As PVHIV já eram atendidas nos serviços de atenção primária para resolução de demais problemas de saúde que não o HIV em si. A partir do tratamento do HIV esse usuário passa então a ter um cuidado integral na região de sua moradia. O cuidado passa a ser integral, porém de modo compartilhado, onde o próprio usuário é corresponsável pelo seu cuidado (BRASIL, 2017a; 2018a).

A atenção primária, dentro das RAS constitui um ponto importante para o cuidado, as equipes possuem profissionais que permanecem por mais tempo no mesmo local de trabalho, com menos rotatividade, está inserida dentro dos territórios e constrói vínculos fortalecidos com a comunidade (MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Nas RAS o usuário HIV tramita entre diversos níveis de assistência. A atenção primária é responsável por acolher os casos assintomáticos e estáveis e os serviços de referência especializados seguem atendendo os casos mais complexos, crianças, gestantes, sintomáticos e co-infectados HIV/TB (Tuberculose). Essa rede deve estar organizada e preparada para ofertar assistência a esses usuários ampliando o acesso ao diagnóstico e o acesso ao cuidado integral (BRASIL 2018a).

São necessárias ações que visem eliminar fatores que podem levar a piora nos quadros de contaminação pelo HIV, como estigma, discriminação e exclusão social. Além de ofertar TARV de forma ininterrupta e fortalecer os programas de tratamento para o HIV, é necessário que haja promoção dos direitos humanos com redes de atendimento em saúde fortes e flexíveis na busca de mitigar esses fatores (UNAIDS, 2015).

Discussões diversas como formas de prevenção à contaminação, vida sexual, estigma e preconceito relacionados à infecção, tratamento, redes de apoio, a importância da corresponsabilização em relação a sua saúde e questões relacionadas ao autocuidado, os efeitos que a medicação pode



causar no organismo, uso de drogas, projetos de vida e mudanças nos hábitos de vida além de elencar discussões acerca do viver com HIV/ AIDS se fazem necessárias no contexto do acolhimento e cuidado as PVHIV (BRASIL, 2017a).

Para que ocorra adesão ao tratamento a equipe pode valer-se de várias estratégias, entre elas: rodas de conversas, sala de espera, grupos de apoio, materiais educativos (BRASIL 2018a).

Um conceito importante para a compreensão do cuidado e das redes que se estabelecem entre os serviços de saúde, as pessoas, seus saberes e as formas como acontece o cuidado, é a perspectiva dos itinerários de cuidado.

Segundo alguns autores (KLEINMAN, 1978; CECILIO et al., 2014), itinerários terapêuticos são constituídos por todos os movimentos desencadeados por indivíduos ou grupos na preservação ou recuperação da saúde, que podem mobilizar diferentes recursos que incluem desde os cuidados caseiros e práticas religiosas até os dispositivos biomédicos. É compreendido como um conhecimento válido que se produz a partir das experiências sociais vivenciadas pelos usuários na busca por cuidado à saúde.

Itinerário terapêutico (IT) tem sido abordado como uma estratégia que permite acompanhar o percurso de um usuário em busca por cuidados em saúde (GERHARDT, 2006; CABRAL et al, 2011). Partimos de uma abordagem centrada no usuário buscando dar visibilidade às práticas reais de atendimento. Ao reconstruir-se o IT, é possível ver diferenças entre a oferta de serviços nas RAS, organizadas de acordo com o modelo de atenção proposto pelas políticas de saúde, e o caminho percorrido pelo usuário, de acordo com suas escolhas e que se estruturam a partir dos contextos e construções singulares que estes fazem acerca do processo de adoecimento e das condições de saúde.

Para Cabral *et al.* (2011):

Os diversos enfoques possíveis na observação de itinerários terapêuticos podem subsidiar processos de organização de serviços de saúde e gestão, na construção de práticas assistenciais compreensivas e contextualmente integradas (CABRAL et al., 2011 p 4434).

No contexto desse estudo, para além de itinerários terapêuticos, há de se considerar os *itinerários de cuidado*, visto não estar se tratando da doença em si mas dos percursos, da forma singular como cada um cuida de si na sua rede de afetos e da relação com as equipes de saúde, sendo considerado então, em uma dimensão ampliada: cuidado em saúde.

Estar doente remete as pessoas ao centro das redes terapêuticas, ligando-se a setores de cuidado em saúde como consultas a curandeiros, médicos, conselhos familiares, de amigos, vizinhos, utilizando-se de diferentes agentes e processos de cura (HELMAN, 2003).

Helman (2003), traz as redes terapêuticas como sinônimos dos itinerários de cuidado sendo que seus processos de cura podem ser rediscutidos na própria rede a qualquer momento.

Em Porto Alegre o acompanhamento e tratamento das PVHIV necessitam ser reguladas por

um sistema de consultas especializadas chamado GERCON, a partir da classificação de risco deste usuário, com dados como CD4/ CD8 e carga viral, comorbidades e gestação em curso serão direcionados dentro da RAS do Município. Usuários que são elegíveis para tratamento com primeira linha ficam vinculados à TARV na própria Unidade de Saúde.

Caso exista algum empecilho ao usuário acessar algum local para o tratamento, como envolvimento com facções divergentes, dificuldade no acesso pelo transporte público ou mesmo questões pessoais relacionadas ao local de marcação, há possibilidade no sistema de marcação para que seja direcionado a outro local de sua preferência.

Na comunidade onde a pesquisa se desenvolveu há vários fatores que podem levar a dificuldade de acesso aos usuários dentro das RAS. Por este motivo a descentralização do tratamento de primeira linha para a atenção primária foi fator importante de acesso. Além do tráfico de drogas e disputas de território por facções rivais, que muitas vezes impedem a entrada de membros da comunidade em locais específicos, mesmo que estes não estejam diretamente ligados ao tráfico, o bairro concentra ainda uma taxa de analfabetismo que segundo IBGE (2011), é de 5,8% e a renda média dos responsáveis pelo domicílio 1,6 salários mínimo reforçando a vulnerabilidade social dos moradores.

### 3.6 ESTIGMA E O HIV

Erving Goffman (1980), conta um pouco sobre o termo estigma e de sua evolução ao longo dos anos. Para caracterizar esse termo se faz necessário entender como era utilizado pelos povos mais antigos. Os gregos utilizavam o termo estigma para diferenciar algo extraordinário ou mau sobre o status moral de indivíduos, sendo que estes recebiam cortes ou marcas realizadas com fogo em seus corpos para caracterizar seres criminosos, traidores, escravos, era então uma pessoa marcada e por tanto deveria estar longe de locais públicos.

Já na era Cristã o estigma poderia estar relacionado a sinais corporais de graça divina ou em alusão médica a sinais corporais de distúrbios físicos. Atualmente o termo é utilizado para referenciar atributos depreciativos (GOFFMANN,1980).

Para compreender a natureza do estigma, os autores Parker e Aggleton (2021), trazem que o estigma é histórico, contextual, sendo empregado estrategicamente, produzindo e reproduzindo relações e desigualdades sociais.

Segundo Parker e Aggleton (2021), a estigmatização, processo utilizado para perpetuar as desigualdades sociais, produzindo e reproduzindo as mesmas, marginalizam grupos e ou indivíduos, determinando onde estes se enquadram nas estruturas de poder, ajudando não somente a produzir diferenças, mas a criar hierarquias sociais e processos de exclusão.

A construção do estigma, também chamada de estigmatização, e a discriminação são processos sociais, não individualizados e reproduzem a exclusão e a desigualdade reforçando mais ainda a vulnerabilidade em que alguns grupos se encontram (PARKER; AGGLETON, 2021).

Estigmatizar é deixar de considerar o comum, estereotipar, diminuir, considerar não normal, levando a efeitos deletérios muito grande (GOFFMAN, 1980).

Estigma refere-se a quem possui alguma característica que o torna diferente, espécie menos desejável, considerada uma pessoa estragada e diminuída, sujeito inabilitado para a aceitação da sociedade (GOFFMAN, 1980; PARKER; AGGLETON, 2021).

Estigma e discriminação são construções que não ocorrem individualmente, são processos sociais ligados amplamente ao poder e a cultura, dominação e controle social, fazendo com que alguns indivíduos sejam desvalorizados em detrimento a outros, gerando por tanto desigualdades sociais (PARKER; AGGLETON, 2021).

Goffmann (1980), traz a existência de três tipos de estigmas que mesmo divergindo possuem as mesmas características sociológicas. São eles: abominações do corpo com suas deformidades físicas; as culpas de caráter individual (doenças mentais, uso de substâncias psicoativas, homossexualismo, desemprego, entre outros), e as de estigma tribal, de raça, nação e religião.

Formas diversas de desigualdades e exclusão caracterizam a trajetória da epidemia da HIV/AIDS, e o estigma presente no contexto, sendo empregado por atores reais que buscam legitimar a dominância em desigualdades sociais impostas estão intimamente influenciadas por crenças culturais enraizadas (PARKER; AGGLETON, 2021).

O estigma é sentido tanto pelo paciente quanto pela família e vem regado de titulações de imoralidade e promiscuidade vinculado a comportamentos sexuais quando se refere ao HIV (MCGRATH. et al., 1993).

O estigma e a discriminação, muito relacionados com o medo da morte, culpabilização, vergonha pela infecção exacerbam a marginalização de grupos populacionais específicos aumentando a vulnerabilidade ao HIV/ AIDS (PARKER; AGGLETON, 2021).

Alguns estigmas estão fortemente ligados ao HIV e a AIDS e um dos mais visíveis é o estigma sexual, sendo que são tipicamente tolerados e aceitos em todo o mundo. E não raro o estigma sexual vem fortemente associado a gênero onde em muitas sociedades a contaminação de mulheres passou a ser relacionada a comportamentos sexuais inadequados para os padrões da sociedade em questão (PARKER; AGGLETON, 2021).

Em estudo realizado por Warwick et al. (1998) em países em desenvolvimento apontou que mesmo mulheres fiéis que foram infectadas por seus maridos foram, em alguns momentos, consideradas culpadas por essa infidelidade ou por não usarem preservativos dentro do casamento. Dentro das

relações familiares os homens foram pouco questionados sobre as circunstâncias da infecção e com isso obtendo mais suporte, enquanto as mulheres eram castigadas por terem tido sexo extraconjugal ou se havia a dúvida de relação extraconjugal do companheiro era culpabilizada por não utilizar preservativo e com isso obtinham suporte familiar em menor proporção.

A revelação do diagnóstico para as mulheres foi bem mais embaraçosa do que para os homens deste estudo, muito mais vergonhoso para as mulheres que contraíram o HIV fora do casamento do que para os homens, sendo que para eles o fato de relações extraconjugais era tida como natural. Já as mulheres eram sondadas mais intensamente sobre as circunstâncias da infecção e eram também culpabilizadas e mais fortemente estigmatizadas (WARWICK, I. et al., 1998).

Neste mesmo estudo, houve certa negação quando do resultado positivo para o HIV/ AIDS pela primeira vez. Constrangimento e vergonha foram citados, sendo a estigmatização o responsável por tal negação e muitas vezes pela ocultação do diagnóstico (WARWICK et al., 1998).

As PVHIV revelam seu diagnóstico de forma seletiva para seus familiares e quando o diagnóstico é sabido por pessoas do cotidiano, muitas vezes pela exacerbação da doença e perda de peso, não raro ocorre rejeição e isolamento reforçando as formas de preconceito e estigmatização presentes na sociedade (MCGRATH. et al., 1993).

A presença de um ente com diagnóstico de HIV/AIDS na família pode afetar as decisões financeiras, entendendo que a capacidade de trabalho da pessoa infectada pode vir a diminuir e com isso afetar o bem-estar econômico e as interações sociais, pois muitas vezes essas pessoas se isolam e retiram-se de atividades sociais, deixando de frequentar mercados, igrejas (MCGRATH et al., 1993).

O HIV/AIDS está intimamente relacionado a comportamentos de grupos marginalizados e por este motivo, muitas vezes o diagnóstico não é revelado com medo de serem associados a estes grupos. Homens heterossexuais podem ser rotulados de homossexuais e as mulheres rotuladas de promíscuas ou trabalhadoras do sexo sendo por sua vez mais estigmatizados e marginalizados (PARKER; AGGLETON, 2021).

Despender forças de forma mais efetiva no combate ao vírus seria muito mais produtivo do gastar energia e capital social em fontes de estigmatização de grupos tentando culpabilizar e castigar os mesmos e reproduzindo círculos viciosos de estigmatização e discriminação reforçando as divisões sociais (PARKER; AGGLETON, 2021).

As políticas públicas podem também não propositalmente contribuir para a estigmatização e discriminação quando enfatizam campanhas de prevenção voltadas para grupos populacionais específicos em detrimento à população geral, reforçando a ideia de grupos de risco, associando essa população a vetores do HIV/ AIDS (PARKER; AGGLETON, 2021).

Mesmo havendo leis que amparem as PVHIV/ AIDS de discriminações, na maioria das vezes

estas preferem se manter no anonimato dadas as respostas negativas advindas da comunidade em geral e da própria família (PARKER; AGGLETON, 2021).

### 3.7 GÊNERO E O HIV: O PORQUÊ DE ESTUDAR AS MULHERES

Para a compreensão do termo gênero, utilizou-se a definição de Scott (1995):

O gênero torna-se, antes, uma maneira de indicar construções culturais a criação inteiramente social de ideias sobre os papéis adequados aos homens e às mulheres. Trata-se de uma forma de se referir às origens exclusivamente sociais das identidades subjetivas dos homens e das mulheres. O gênero é, segundo esta definição, uma categoria social imposta sobre um corpo sexuado (SCOTT, 1995, p. 75).

Considerado um grande problema de saúde pública e ainda muito invisível, provavelmente pelas subnotificações, a violência de gênero, a despeito das políticas destinadas a combatê-la, ainda é presente e com números alarmantes (BRILHANTE, 2016).

A vulnerabilidade feminina está relacionada a questões de gênero, onde a prevenção é vista como papel que deve ser desempenhada pelos homens e onde discussões sobre o uso do preservativo são tidas como constrangedoras, principalmente em relações mais estáveis (LOURENCO; AMAZONAS; LIMA, 2018).

A feminização do HIV/AIDS está relacionada a fatores sobre o não conhecimento do corpo por essas mulheres, a dificuldade de negociação acerca do uso de preservativos, a baixa escolaridade, situações financeiras instáveis, desigualdade de gênero, violência doméstica, moral, patrimonial e sexual. Em se tratando de gênero, as mulheres estão submetidas historicamente e culturalmente a subordinação, sexo inseguro, maternidade, casamento e aceitação da violência no contexto familiar em prol da manutenção de suas famílias (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

Vários fatores, além dos biológicos influenciam na exposição das mulheres a contaminação pelo HIV, dentre eles a negociação para o uso de preservativos onde a prática sexual dentro das relações estáveis é tida como obrigação matrimonial e a sugestão de uso é vista pelo parceiro como certa ofensa, banalização da violência sexual e doméstica tida como ato inerente a condição masculina, o desconhecimento de seu corpo e a dependência financeira (LIMA, 2012).

Relações as quais as mulheres estabelecem com seus parceiros fixos, muitas vezes as tornam mais vulneráveis às infecções pelo vírus do HIV, onde a confiança impera e o uso de preservativos se faz desnecessário. Em estudo realizado por Carvalhaes (2010), algumas mulheres trouxeram concepções do mundo ocidental onde os homens têm o direito à traição pois possuem desejo sexual acentuado, trouxeram também a dificuldade deles em aceitar o uso de preservativos e a violência como aspecto inerente à condição masculina.

As relações de gênero surgem como importante papel na cadeia de transmissão do HIV somada as vulnerabilidades as quais as mulheres estão expostas como a subordinação, comportamento de risco, diminuição de cuidado de si por não conhecimento de seu corpo e de seus direitos (LIMA, 2012).

Papéis sociais desempenhados remetem a mulher a desvantagens em relação aos homens, seja no mercado de trabalho, na tomada de decisões, acesso à educação, moradia, essas formas de desigualdades são importantes também no exercício da sexualidade feminina, relações desiguais de gênero, relações de poder existentes entre homens e mulheres (BRASIL, 2007).

Ceccon e Meneghel (2017), trazem também achados de seu estudo que apontam que as mulheres, cumprindo papéis ditados pela sociedade, eram submissas ao homem, tanto por questões financeiras quanto por questões de gênero e esses foram fatores desencadeantes para a exposição à contaminação pelo HIV. Após a descoberta do vírus, essas mulheres esconderam sua sorologia por medo de preconceitos, discriminações e no final da vida de seus companheiros ainda foram suas cuidadoras.

Mesmo tendo sido infectadas pelos seus companheiros, as mulheres do estudo de LIMA (2012), assumiram o cuidado de seus parceiros e muitas vezes acabaram por negligenciar o seu próprio cuidado, se dedicando exclusivamente a eles. A conquista da autonomia pelas mulheres é fator importante para diminuição das desigualdades de gênero, implicando diretamente no poder de decisão delas. A mulher historicamente é responsável pelo cuidado dos membros da família e afazeres domésticos, fazendo-se necessária a ampliação das políticas de ofertas de creches impactando, com isso, fortemente na autonomia dessas mulheres e na sua colocação no mercado de trabalho (IBGE, 2014).

Brilhante (2016), traz em seu estudo que as mulheres são as maiores vítimas de violência de gênero e seus contatos íntimos os principais agressores. Alguns segmentos populacionais estão mais expostos à contaminação pelo HIV devido a vulnerabilidade específicas.

As mulheres do estudo de LIMA (2012), trouxeram em suas falas situações de violências as quais foram submetidas desde bem jovens dentro do âmbito familiar e no intuito de fugir dessa situação e na esperança da construção de uma nova vida, acabaram por entrar em relações conjugais onde, muitas vezes as situações de violência doméstica se repetiram.

Em estudo realizado por Ceccon e Meneghel (2017) em um município do Rio Grande do Sul com mulheres HIV, foram evidenciadas questões de dependência financeira em relação ao companheiro, ou quando não havia essa relação se comportavam de acordo com os papéis de gênero. Vidas marcadas por violações de direitos, iniquidades e estigmas relacionados à infecção, dificuldades de revelar o diagnóstico, medo do preconceito, muitas vezes culpabilizando-se, essas mulheres acabaram por exercer o papel de cuidadora de seus companheiros adoecidos pela AIDS.

Neste mesmo estudo de Ceccon e Meneghel (2017) as mulheres cresceram em situações de violências, tendo negligenciado seus direitos à proteção adequada tornando-se adolescentes que permitiram relacionar-se de modo abusivo ou manterem contatos sexuais contra sua vontade. Com qualificação para o trabalho insuficiente e falta de estudos, foi no casamento ou na prostituição que buscaram sobreviver, vivenciando situações, muitas vezes de violência doméstica.

Muitas vezes as mulheres não enxergam seus direitos e as desigualdades e vulnerabilidades as quais estão expostas e as violências vividas no âmbito familiar são amenizadas pelo fato do parceiro utilizar álcool ou pelo simples fato de ser homem, reforçando o conceito machista da sociedade (LIMA, 2012).

Em estudo realizado por Okareh, et al. (2015), na Nigéria evidenciou-se que todas as mulheres HIV do estudo enfrentaram alguma forma de discriminação, divórcio, estigmatização por parte de seus companheiros, não sendo sensato divulgar sua soropositividade para o HIV após o diagnóstico.

Estudo realizado por Renesto et al. (2014), com mulheres HIV no Recife, trouxe que o diagnóstico da infecção fez com que essas mulheres enfrentassem angústias, incertezas, receio em serem identificadas nos serviços de saúde por pessoas de seu convívio social que não sabiam do diagnóstico, além do medo do abandono e rejeição.

Muitas vezes as mulheres descobrem a soropositividade na gestação e apesar das preocupações com o bebê ainda há a preocupação da revelação do diagnóstico, ora por medo de violência pelo parceiro, ora por medo de preconceito e estigmas que permeiam a infecção (LIMA, 2012).

Apesar de o preservativo ser um método eficaz para prevenção do HIV, há aspectos que envolvem as relações de gênero e que fazem com que rotineiramente ele não seja utilizado tornando as mulheres mais propensas a exposição a relações sexuais desprotegidas (SANTOS et al., 2009).

Por questões de gênero e submissão das mulheres aos homens nas relações sexuais, às mesmas expõem-se a contaminação pelo HIV, possuem baixo poder de negociação e são responsabilizadas pela contracepção e concepção (SANTOS et al., 2009).

A feminização da Aids ainda está muito ligada a aspectos como a ideia de fidelização, dados mostram que os parceiros sexuais se caracterizam como a maior fonte de infecção pelo HIV em mulheres onde as relações sexuais são deveres de esposa, não cabendo uso de preservativos (LIMA, 2012).

Além das questões de gênero, as PVHIV necessitam ainda conviver com estigmas e preconceitos. Almeida e Labronici (2007), alertam para a caminhada solitária e silenciosa destas pessoas onde por medo da exposição, preconceito ou sofrimento e com isso acabam por não garantir seus direitos, escondendo por vezes suas questões sorológicas.

Com altos índices de mulheres que são infectadas por seus parceiros fixos, há de se pensar em ações de prevenção considerando as relações de gênero enquanto relações de poder (SANTOS et

al., 2009).

Muitas vezes o não uso de preservativos por parte da mulher vem de encontro a sensação de proteção de uma relação estável, outras vezes não há poder de negociação, onde solicitar o uso do preservativo pode acarretar violência ou ameaças de separação (BRASIL, 2003a).

Mulheres HIV geralmente são taxadas de promíscuas e “merecem” ser acometidas pela infecção, reforçando estigmas e discriminação, sendo culpabilizadas por isso (LOURENCO; AMAZONAS; LIMA, 2018). Ainda há no imaginário da população a associação do HIV com os chamados grupos de risco, levando a isolamentos e estigmatização (RENESTO et al., 2014).

Em relação ao aumento de casos de AIDS entre as mulheres, incluindo as em união estável, evidencia-se aspectos econômicos e socioculturais fixando essas mulheres a vulnerabilidades crescentes (GARCIA; SOUZA, 2010).

Ações que englobam questões de gênero, combate ao preconceito relacionado às PVHIV, distribuição de preservativos, incluindo-se os femininos necessitam estarem presentes nos planejamentos das políticas públicas, buscado parceria de escolas e outras instituições (GARCIA; SOUZA, 2010)



#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo realizado foi de caráter exploratório descritivo, do tipo estudo de caso. Segundo Gil (2017), no estudo de caso o pesquisador parte da intenção de familiarizar-se com um problema específico, tem a tendência de ser bastante flexível e a produção de dados pode se dar de muitas maneiras. As pesquisas descritivas têm o objetivo de caracterizar grupos específicos, determinada população ou fenômeno ou elencar opiniões, crenças e atitudes.

A pesquisa foi realizada na unidade de saúde (U.S) de atenção primária do município de Porto Alegre, Chácara da Fumaça, situada na Estrada Martim Félix Berta 2432, local de atuação profissional da pesquisadora.

O distrito sanitário nordeste é composto pelo bairro Mário Quintana e representa 2,64% da população do município com 37.234 habitantes. A taxa de analfabetismo é de 5,8% (PORTO ALEGRE, 2021b).

Figura 3 - Unidade de Saúde de atenção primária Chácara da Fumaça



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

A U.S Chácara da Fumaça faz parte da região Nordeste do município de Porto Alegre, localização com o menor índice de desenvolvimento humano 0,638 da cidade, com população estimada pelo IBGE (2011) de 10.773 usuários. Nos anos de 2018 a 2020 mais de 15.300 usuários diferentes acessaram a unidade de saúde, conforme dados de sistema de informação de atendimento na atenção primária E-SUS AB.

A unidade está composta no momento por quatro equipes de estratégia da saúde da família e seu funcionamento ocorre das 07:00 às 19:00hs sem intervalos.

A construção dos mapas corporais narrados ocorreu na associação de moradores NACIPAZ,

vizinha à unidade, em sala reservada e exclusiva para essa finalidade, preservando integralmente o anonimato das participantes, a privacidade e a confidencialidade da pesquisa. Inicialmente as entrevistas estavam programadas para ocorrerem na sala de reuniões da unidade de saúde, porém com as restrições de férias, folgas e licenças impostas pela gestão municipal em resposta à pandemia do COVID 19 a unidade permaneceu com sua capacidade de recursos humanos total fazendo com que os espaços ficassem limitados.

Figura 4 - Sala de costura da associação de moradores NACIPAZ



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

O convite foi feito por meio de contato telefônico com as mulheres elegíveis (de acordo com os critérios apresentados nos procedimentos metodológicos), pela pesquisadora mestranda. Nesse contato a mestranda apresentou as propostas do estudo e conjuntamente planejou a realização da etapa de coleta de dados, explicando detalhadamente que não se trata de procedimento vinculado ao seu tratamento, deixando extremamente claros os objetivos da pesquisa e a liberdade de participação, como já declarado pelas pesquisadoras e expresso no TCLE.

Foram convidadas a participar do estudo cinco mulheres, sendo que uma delas não aceitou participar pois cuida de seus pais idosos em tempo integral e não dispunha de tempo para tal. A amostra constituiu-se então de quatro mulheres que foram entrevistadas e realizaram a construção dos mapas corporais. As mesmas corresponderam aos critérios de inclusão: as mulheres vivendo com HIV que têm

vínculo (prontuário de atendimento e registros em prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do sistema informatizado de saúde e-SUS) com a unidade de saúde Chácara da Fumaça (SMS/Porto Alegre) até maio de 2021, maiores de 18 anos e com o diagnóstico confirmado de HIV (o que significa ter a classificação internacional da atenção primária – CIAP - correspondente à infecção por HIV, após dois testes rápidos reagentes de antígenos diferentes) e que conheçam seu diagnóstico.

O acesso aos dados do prontuário para identificar as possíveis participantes (critério de elegibilidade), para a realização dos contatos telefônicos e para o convite de participação para as usuárias foi realizado unicamente pela pesquisadora Adriana Rosa Spader, mestranda e enfermeira com vínculo de trabalho na unidade de saúde Chácara da Fumaça (SMS/Porto Alegre). Para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade, estes dados foram acomodados em uma planilha de excel no computador pessoal da mestranda (protegido por senhas de acesso, tanto o arquivo quanto o computador), Estas planilhas em excel foram destruídas com uso de ferramentas específicas, pelo uso do programas Hard Drive Eraser® (download gratuito), apagando tudo do HD e evitando que os dados sejam recuperados (conforme o projeto de pesquisa aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa UFRGS e SMS).

Segundo Minayo (1994), em pesquisas qualitativas o número da amostra não representa a qualidade da pesquisa. Em estudos que se utilizaram da mesma metodologia<sup>1</sup>, o número de participantes variou entre 4 e 18 pessoas. Segundo dados disponíveis no site da Coordenadoria Geral em Saúde de Porto Alegre de 2008 até 2018 foram notificados 102 casos de HIV/AIDS em mulheres vinculadas a endereços pertencentes à U.S Chácara da Fumaça e 81 casos de HIV/AIDS em homens. Analisando raça/cor temos uma porcentagem de 54,1% de pessoas autodeclaradas brancas, 41,4% negras ou pardas, 3,82% ignoradas e 0,54% amarelas. Apenas a pesquisadora mestranda teve acesso ao prontuário eletrônico, utilizando-se dos filtros do sistema e-sus (opção: selecionar mulheres/CIAP correspondente ao diagnóstico de HIV/maiores de 18 anos) para o conjunto de informações que identificaram as mulheres elegíveis.

A técnica para produção de dados utilizada foi a construção do mapa corporal narrado (body map storytelling) (GASTALDO et al. 2012).

Mapas corporais narrados (MCN) são desenhos dos corpos dos participantes em tamanho real complementados por narrativas orais. Esses desenhos são criados utilizando pinturas ou outras técnicas

---

<sup>1</sup> MATOS, J. A. V.; SILVA, K. L.; GARCIA, M.. O mapa corporal narrado: relato de experiência de pesquisa com aporte teórico de Bourdieu. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3. 2018  
MELO, L. G.de. Mapas Corporais Narrados em Homens em Situação de Rua. 2020. 188 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020.  
MURASAKI, A. K. et al. Juventude, homossexualidade e diversidade: um estudo sobre o processo de sair do armário usando mapas corporais. Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional-Brazilian Journal of Occupational Therapy, 2016.

artísticas e representam visualmente aspectos da vida das pessoas, de seus corpos e do mundo em que vivem. Contar histórias a partir de mapas corporais tem o potencial de conectar tempos e espaços na vida das pessoas, sendo que o produto desse processo é uma história mapeada (GASTALDO et al. 2012).

Essa técnica foi inicialmente utilizada na África com mulheres infectadas por HIV/ AIDS no intuito de construção de memórias para seus filhos e elaboração da morte (GASTALDO et al. 2012).

Foi utilizado também diário de campo anotando as percepções e vivências importantes que não foram descritas nas narrativas. Diário de campo ou anotações de campo, conforme denominado por Trivinus (1987), refere-se às observações e reflexões realizadas pelo pesquisador, podendo ocorrer durante as entrevistas ou em momentos de observação livre do estudo. São observações sobre as ações dos atores da pesquisa, sobre as expressões verbais sendo que posteriormente serão descritas e analisadas reflexivamente pelo pesquisador.

Na pesquisa as participantes foram convidadas a contar sobre o viver com HIV, quais os impactos no cotidiano a partir da infecção, relatar sobre seus itinerários de cuidado nas RAS buscando identificar nós críticos desta trajetória por meio da elaboração de um painel em tamanho real de seus corpos nos quais foram adicionados símbolos expressivos, letras de músicas, lemas e demais itens que as participantes consideraram importantes para expressarem em seus desenhos. As narrativas foram gravadas e transcritas e os painéis foram fotografados para análise.

O percurso sugerido pelas questões norteadoras da entrevista (ANEXO B) parte do micro espaço do corpo, realizando o seu delineamento. Persistiu ao longo dos encontros o convite para que as mulheres contassem experiências relacionadas à sua prática corporal. Assim, a atividade proposta no primeiro encontro foi a leitura do termo de consentimento livre esclarecido (TCLE) e apresentação da atividade, além do traçado do contorno corporal e discussão sobre as relações entre corpo e saúde. Para as participantes foi solicitado que escolhessem uma postura para narrarem suas trajetórias através do mapa corporal.

Foram realizados três encontros com cada participante de aproximadamente 60 minutos em sala reservada na associação de moradores NACIPAZ, vizinha à U.S com a preservação total da privacidade, sigilo e confidencialidade das participantes, presentes somente a participante e a pesquisadora.

O primeiro encontro versou sobre a apresentação da proposta do estudo e no início da construção dos desenhos dos corpos os quais ocorreram após a leitura na íntegra do termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO A). Destaca-se a relevância de esclarecer, a modo que não restassem dúvidas para as participantes, que as atividades propostas no âmbito da pesquisa (a conversa na forma de entrevista, a produção do mapa corporal) foram efetivamente exclusivas da pesquisa e que

os encontros não guardaram relação com outras atividades desenvolvidas pela U.S (como por exemplo: atividades de educação e promoção em saúde, atividades em grupos, rodas de conversa, etc).

O segundo encontro versou sobre suas percepções sobre o viver com HIV, quais os impactos no cotidiano a partir da infecção, relatos sobre seus itinerários de cuidado nas RAS identificando nós críticos desta trajetória. As participantes foram convidadas a escolher frases, palavras, lemas, expressões, símbolos que representaram suas histórias acerca dos temas elaborados.

O terceiro encontro foi o momento das participantes narrarem a produção do mapa corporal construído nos encontros anteriores.

Foi utilizada a entrevista do ANEXO B, com o intuito de oportunizar às participantes as falas em relação ao viver com HIV, sobre os impactos no cotidiano a partir da infecção, relatos sobre seus itinerários de cuidado nas RAS e possíveis nós críticos desta trajetória.

As narrativas das participantes a partir da observação de seus mapas corporais elaborados foram gravadas em áudio e posteriormente transcritos para análise. Os encontros (produção das narrativas) foram audiogravados e em seguida transcritos e a produção final dos mapas foram fotografados e anexados à pesquisa. Os originais estão sob a guarda da pesquisadora que assumiu o compromisso de assegurar que as informações produzidas no âmbito da pesquisa não serão de nenhum modo incorporadas às informações que o serviço tem sobre as usuárias participantes do estudo.

Destaca-se que, respeitando a confidencialidade e privacidade das participantes, os dados produzidos, tanto em forma de fotos e originais dos mapas corporais quanto os originais dos áudios das entrevistas e transcrições que ficaram sob a guarda das pesquisadoras responsáveis em mídia adequada (HD externo) e guardadas pelo prazo de 5 anos. Após este período os arquivos serão destruídos com uso de ferramentas específicas, pelo uso de programas como o DBAN® ou o Hard Drive Eraser® (download gratuito) que apagam tudo do HD e evitam que os dados sejam recuperados.

Ao final de cada encontro, a participante foi convidada a visualizar o mapa corporal e narrar o que foi capaz de ver, como forma de recapitular o que foi falado e tecer suas considerações sobre a atividade realizada.

A análise das narrativas e dos desenhos (MCN) se deu a partir da Análise de Discurso (AD) que se caracteriza em três fases básicas: a pré análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pesquisa qualitativa procura entender os significados e as experiências. Suas análises e interpretações devem ser discutidas à medida que o pesquisador acrescenta novos elementos e conhece melhor o contexto estudado (ROSALDO, 1993).

Assim, não é somente um método de pesquisa, mas um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a própria experiência no campo junto às pessoas (GEERTZ,

2000). A análise dos dados produzidos não se limita à análise de categorias predefinidas, mas permite aprofundamento de acordo com elementos que vão surgindo durante a produção dos dados. O fenômeno não pode ser compreendido fora do seu contexto, por isso o significado emerge da relação com outros signos (CAPRARA; LANDIM, 2008).

Na AD a linguagem é analisada em sua complexidade, escapando do teor binário da linguística e compreendida como uma produção própria a determinadas conjunturas históricas e sociais, de contornos instáveis e que produz sentido para os sujeitos inscritos em estratégias de interlocução (CHARAUDEAU; MAINGUENEAU, 2014).

#### 4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi inscrita no sistema CEP/CONEP, através de cadastro na Plataforma Brasil e submetida à análise. Conforme Resolução 466 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012b), a participação dos sujeitos na pesquisa deu-se mediante consentimento informado, seguindo-se as exigências éticas e legais para tal procedimento. Todas as participantes foram convidadas a participar na pesquisa de livre e espontânea vontade. Foram emitidas 2 vias de cada Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e as mesmas assinadas pelas participantes que concordaram em participar do estudo. Após a assinatura do TCLE uma das vias permaneceu com a pesquisadora e a outra via ficou em posse da participante.

Somente foram consideradas participantes da pesquisa as mulheres que concordaram e assinaram o TCLE (ANEXO A). Foi garantido o anonimato a todas as pessoas que participaram da pesquisa, não sendo revelado nenhum dado que permitisse sua identificação. Mapas corporais podem ser divertidos e positivos, porém podem também trazer memórias dolorosas à tona. Acolhimento em saúde mental na própria unidade de saúde foi colocada como possibilidade de atendimento para questões emocionais que por ventura pudessem aflorar no decorrer dos encontros ou posteriormente, caso julgasse necessário. Nenhuma usuária manifestou desejo pontual de acolhimento em virtude da construção dos mapas corporais.

Destaca-se que a pesquisadora mestranda é enfermeira na unidade cenário da pesquisa, trabalha com o acolhimento e vínculo dos usuários e esteve disponível para oferecer escuta qualificada e também encaminhamentos para o acompanhamento pela equipe de saúde mental. Destaca-se que os possíveis sentimentos negativos foram acolhidos pela equipe de saúde da unidade, prática esta que já está no escopo de ações dos profissionais de saúde da atenção primária, os quais lidam diariamente com diversas situações relacionadas à angústia e ansiedade da população atendida. Entendeu-se que esta não foi uma sobrecarga para nenhum dos profissionais da equipe, pois a produção de mapas

corporais narrados também pode abrir espaço para o desaguar de emoções e sentimentos que as participantes desejam expor e não encontravam espaço no seu itinerário pelas RAS.

O projeto foi apresentado para toda equipe da U.S Chácara da Fumaça tão logo aprovado pelo CEP tendo o objetivo de explicar e ter a anuência/concordância dos profissionais das equipes dessa U.S sobre este acolhimento e atendimento.

## 5 RESULTADOS

As participantes tiveram seus nomes mantidos em sigilo e para percorrer suas histórias narradas através de seus mapas corporais tiveram atrelados a elas codinomes, foram chamadas por nomes de pedras preciosas na intencionalidade de evidenciar sua beleza, cor, brilho e principalmente sua dureza para manterem-se vivas vivendo com HIV em uma sociedade tão opressora. Os profissionais citados em suas narrativas também receberam codinomes para manterem o anonimato e a eles foram atribuídos codinomes alusivos a anjos pela forma como seu acolher dentro do serviço de saúde foi determinante para a adesão ao tratamento.

### 5.1 PÉROLA NEGRA

Pérola, 58 anos, negra, 5 anos de estudo, do lar, união estável, 8 anos de diagnóstico para HIV. Contaminou-se em uma relação estável de mais de 10 anos. O Companheiro morreu logo após saber do diagnóstico, ela foi quem cuidou dele até o final. Ele não quis se tratar, ela tentou levá-lo para a Igreja, para tentar que se salvasse, mas ele não quis.

*“E ele dizia eu não vou tomar esse remédio, aí ele não comia ele não queria se tratar aí eu cuidei dele.”*

Sofria violência doméstica e tinha que sair para conseguir o pão do café da manhã, o companheiro trabalhava na reciclagem, tinha um carrinho de mão no qual fazia as coletas, mas gastava grande parte do dinheiro em bebida, crack e drogas injetáveis. Apanhou muito, não quer se relacionar novamente, o companheiro nunca quis usar camisinha, ela achava que ele era um homem direito.

*“Eu me contaminei porque ele saiu com uma outra dama a mulher já tinha mas não quis falar quem me contou foi uma sobrinha dele, falou eu acho que o tio está com AIDS eu disse acho que não é possível aí eu descobri que ele passou para mim.”*

*“Não tive nenhum namorado depois do meu marido e nem quero incomodação de novo Para apanhar de novo não! não quero! Todo mundo via que ele batia em mim quando a gente saía com carrinho de reciclagem.”*

Quando descobriu a soropositividade para o HIV já estava bem debilitada e emagreceu bastante, perdeu dentição e entrou em depressão.

*“Eu quase não comia nada, eu passava muito tempo deitada quando eu descobri que eu tinha me contaminado eu fiquei chocada. Eu não esperava que ele fosse passar isso para mim ele trabalhava com o carrinho de mão, fazia reciclagem com o carrinho de mão, aí ele ficou com essa mulher.”*

*“Eu fiquei desesperada quando descobri que tinha sido contaminado agora é o meu fim o que me abalou muito foi que as pessoas diziam como você está magra.”*



*“Antes de me contaminar eu estava sempre sorrindo eu era bem feliz agora eu não tenho vontade mais nem de sorrir eu perdi todos os dentes depois que eu peguei o vírus depois que eu comecei a fazer o tratamento que eu descobri enfraqueceu meus dentes, não tenho vontade de sair de ir à festa. Auto estima baixo, baixando a casa caiu, se eu tivesse meus dentes estava bem lá em cima me disseram que foi pelo tratamento pelo vírus que eu perdi os dentes.”*

Realizou os testes rápidos para HIV no posto de saúde e logo que ficou sabendo já começou a se tratar, traz na fala a importância do acolhimento e vínculo com a U.S e do apoio que recebeu da Igreja Universal e da amiga da comunidade onde mora e de quanto a isenção no transporte público ajudou no deslocamento para o tratamento.

*“Aí eu vim aqui no posto fiz o teste rápido que deu positivo Dr Miguel e a Dr<sup>a</sup> Gabriela eles me deram um papel e eu fui no IAPI coletar uns exames, aí eu tive direito a uma carteirinha de passe livre.”*

*“Eu venci a doença só por Deus. Eu não gosto de estar de cama, eu venci eu tomo remédio direitinho. Assim que eu fiquei sabendo eu já vim pegar o papel com Dr Miguel para iniciar o tratamento fui atendida no posto me ajudou muito o recurso está no posto tem médico bastante todos são bons.”*

*“Quando eu descobri antes de começar a tomar o remédio eu comecei ir na igreja Universal e peguei a gota do milagre e comecei a tomar eu sempre fui na igreja, mas comecei a ir muito mais depois que eu descobri o HIV.”*

*“Tem uma amiga de idade aqui da vila que me ajudou muito também e dizia se você se contaminou tem que se tratar porque essa doença vai tomando conta aí eu dizia eu vou vencer aí eu dei o meu nome e ela levou na igreja entregou para pastora na igreja Universal.”*

*“Essa era minha expressão de um grito fiquei em pânico, eu me acalmei depois que eu fiz a terapia com o Dr Miguel até para dormir eu durmo melhor.”*

Relata que a Pandemia do COVID 19 atrapalhou um pouco a dinâmica do seu tratamento no Hospital Nossa Senhora da Conceição, pois pelas restrições muitas vezes tinha que esperar para acessar o local e os exames também estavam demorados. Pelas questões de CD4 a usuária realiza o tratamento em rede de atenção especializada e necessita buscar suas medicações no local.

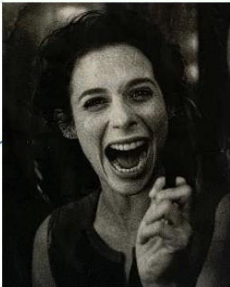
*“Eu faço meu tratamento no Conceição com essa pandemia algumas coisas mudaram, com essa pandemia às vezes não deixam ninguém entrar.”*

Figura 5 – Mapa corporal Pérola Negra

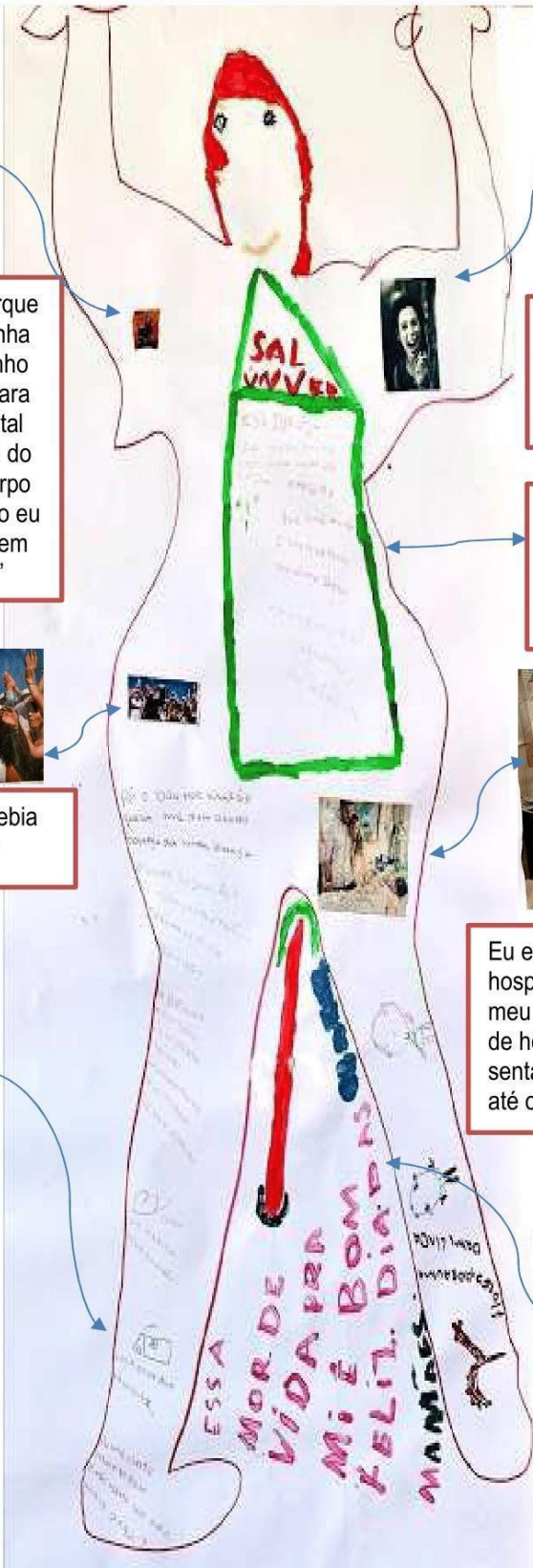
Esse desenho que eu fiz com as mãos para cima representa quando a gente faz a oração.



“Escolhi esta figura porque uma vez quando eu tinha força e tinha um carrinho eu tive que levar ele para ser atendido no hospital quero colar esta figura do lado direito do meu corpo que é o lado do coração eu tenho um sentimento em relação a ele ainda”



“Quero desenhar um símbolo de quando uma pessoa fica angustiada depressiva sabe!”



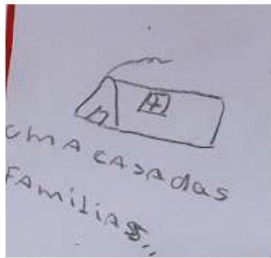
“É uma igreja muito boa me ajudou desde o começo, essa igreja foi para mim uma mão na roda a Igreja Universal.”



Eu me lembro de quando ele bebia e usava drogas , o meu marido



Eu escolhi uma imagem no hospital porque foi assim que meu marido ficou numa cama de hospital e eu tive que ficar sentada do lado dele cuidando até o fim.



“A casa da família das pessoas do posto, quando eu estou no posto eu me sinto como se eu estivesse dentro de casa depois que eu entro no posto não dá vontade de sair é muito bom.”

Essa bengala eu preciso para caminhar, fiquei fraca!

## 5.2 – ESMERALDA

Esmeralda, 66 anos, branca, 13 anos de estudo, auxiliar de enfermagem aposentada, união estável, 8 anos de diagnóstico positivo para o HIV.

Contaminou-se em relação estável de mais de 14 anos. Sempre se cuidou dentro da profissão, traz em suas falas a preocupação com uso de equipamentos de proteção individuais e uso de preservativos em relações sexuais anteriores.

*“Ele já tinha HIV antes da gente casar, ele acha comum tanto que a ex mulher dele sabe , ela tem, eu desconfiei uma vez porque a ex-mulher dele teve muito mal no Conceição aí o velho chegou e falou: olha estão dizendo que a minha ex-mulher tem HIV, mas como já fazia 10 anos que ele não estava mais com ela, achei que não tinha, mas ele já estava contaminado há muito tempo tanto que ele ficou com sequela do HIV agora é tarde já me contaminei.”*

*“Eu sempre trabalhei em hospital e o que eu mais me cuidava era com isso para não me contaminar e esse velho desgraçado me contaminou.”*

*“Eu era muito namorada quando eu era solteira, mas eu sempre me cuidei desde quando eu trabalhava, eu tinha medo de me contaminar, aí eu fui me contaminar com o velho que eu jamais imaginei. Lógico que eu transei, transei sem camisinha, mas quando eu era solteira eu usava camisinha, mas com o velho eu não usei camisinha, eu não acreditei que ele tivesse”.*

*“Quando eu vou para o hospital e uma enfermeira vai me puncionar eu já digo põe luva tô pedindo eu não escondo nesse caso eu digo eu sou soro positivo por mais que eu tenha sido contaminado eu não quero que os outros se contamine.”*

Possui histórico trágico familiar de morte precoce do neto ainda criança por abuso sexual e estrangulamento, pai era pedófilo e tem muitas lembranças ruins daquela época, filhos percorreram sistema carcerário por tráfico de drogas e esses fatos junto com o HIV culminaram em depressão e internação psiquiátrica prévia além de aversão ao sexo.

*“Meus filhos usavam drogas e tive que enfrentar muita fila de cadeia, puxaram 10 anos de cadeia.”*

*“ Todos os dias eu acho que ele vai chegar, (o neto) faz 17 anos mas é como se fosse ontem e tudo isso foi em relação ao sexo, ele foi estuprado por um andarilho e eu acho que não é de agora que eu tenho depressão porque o meu pai também era pedófilo eu venho acumulando isso sabe, meu pai era tarado, se pudesse agarrava as filhas e isso sempre foi fazendo um bloqueio na minha vida e aí depois que me deu HIV piorou.”*

*“Eu nunca mais fiz sexo porque eu acho que sexo é uma coisa muito suja, depois que eu soube do diagnóstico eu nunca mais fiz sexo.”*

*“Eu estou sempre com pensamento longe, eu não tenho alegria, eu tô sempre com uma tristeza assim comigo. Se eu pudesse eu ficava sempre encerrada dentro de casa, não tem graça as coisas agora. Antes não era assim eu vivia dançando depois disso eu mudei completamente a minha vida eu chorei muito eu sofri muito e sofri ainda até hoje eu procuro esquecer hoje eu não aceito eu procuro esquecer mas de primeiro eu sempre me acordava como se fosse um pesadelo, eu estou sempre tremendo é do sistema nervoso.”*

A descoberta da soropositividade para o HIV veio após internação de urgência do companheiro onde diversas complicações advindas do vírus levaram ao diagnóstico de AIDS. O resultado foi dado por colega médica do hospital onde trabalhava. Junto com a testagem e a esperança de não ter sido contaminada vieram o estigma e o preconceito após o resultado positivo e o compartilhamento deste resultado com a irmã. Revolta contra o companheiro no qual possuía ideia de assassinato, levando a internação psiquiátrica.

*“O velho começou a ficar doente, foi assim que eu descobri e ele teve uma convulsão. Mas não era só isso aí eles começaram a investigar e aí fizeram um teste de HIV no velho e descobriram que o que ele teve foi toxoplasmose do HIV e estava com a imunidade muito baixa.”*

*“Esse homem te contaminou, ele tem HIV no último estágio, tu vai ter que fazer o exame, a carga viral. Mas eu sabia que eu não tinha antes porque em 2010 eu tive que doar sangue e não tinha nada. Eu fiz o exame e não dormi a noite todinha esperando o resultado, demorou uma semana e eu não dormi nenhuma dessas noites.”*

*“Peguei o resultado e tive que repetir, eu tenho um filho que tem HIV e eu já passei muito trabalho com ele, eu já sabia mais ou menos que tinha que repetir. Eu fiz o exame de novo, mas eu sempre tive a esperança de que não desse positivo. Quando recebi o resultado positivo eu entrei no quarto para matar o velho eu queria matar ele aí a doutora disse não faz isso tu vai estragar a tua vida eu não acreditava no resultado.”*

*“Eu não quero que as pessoas saibam por causa do preconceito, eu passei isso com a minha irmã ela sabia do meu diagnóstico eu contei e ela nunca mais me procurou e parece que ela tem até medo de comer na minha casa sabe, não sei se é isso, eu penso, faz tempo que ela não me vê e eu associo a descoberta do vírus foi a primeira pessoa que eu contei. Nós éramos muito amigas, um dia eu chamei ela lá em casa chorando no dia que eu descobri lá no hospital e eu tinha que contar para alguém daí eu contei para ela aí depois qualquer coisinha ela dizia tu não pode fazer isso porque tu tem HIV tudo era motivo para ela me dizer na cara que eu tinha HIV.”*

*“É como se a pessoa olhasse para a gente condenando a gente sabe, é uma coisa muito estranha eu não sei explicar, mas parece que as pessoas já estão olhando para tua cara e apontando o dedo aquela lá tem HIV. Eu já ouvi pessoas falando aquela mulher tinha HIV vai ver por isso que ela morreu, também era puta dava para todo mundo, porque eles associam o HIV como prostituição sabe eu acho que é por isso que eu anulei para o sexo.”*

*“Eu ainda sinto isso, eu tenho muito medo que as pessoas saibam porque vão me recriminar. Essa tempestade agora ela está um pouco mais controlada depois da medicação.”*

*“Qualquer coisinha as pessoas falam, tu sabia que o fulana morreu porque ela tinha HIV? Pensam que é porque era puta, mas as pessoas não sabem que elas também podem ter dentro de casa um filho, uma namorada ou o próprio marido mesmo que deu uma pulada de cerca e contaminou elas, o preconceito é uma coisa ruim muito ruim.”*

*“Eu tive internada uma vez na psiquiatria porque eu peguei uma tesoura para matar o velho. Se eu tocasse 20 ml de ar na veia dele, ele morria e ninguém jamais iria fazer autópsia. Aí a doutora me disse você vai ter que se internar porque você é homicida e suicida.”*

Encontra forças para seguir a vida na neta que cria. Apesar de todos os percalços da vida, acredita ser uma vitoriosa e segue seu tratamento à risca, sendo sagrada sua tomada diária. No percurso de tratamento para o HIV emagreceu muito, achava que era pelos remédios, porém após exames descobriu que tinha contraído também hepatite C.

*“Tudo que eu comia me fazia mal eu achava que era do remédio aí eu fui no posto fiz muitos exames, eu emagreci muito eu emagreci quase 30 kg e eu estava com hepatite C, aí eu fiz o tratamento de 3 meses e eu fiz direitinho e o médico me dizia, guria você é tão positiva! Aí eu disse para ele, é doutor eu sei até o HIV deu positivo.”*

*“Aí eu tomava os comprimidos da hepatite C e os comprimidos do HIV e isso me fazia muito mal, mas eu tomei e tô aqui firme e forte e peço todo dia a Deus que ele vai me ajudar até a minha neta fazer 18 anos que Deus não vai me levar até ela fazer 18 anos porque eu tenho muito medo de deixar ela sozinha.”*

*“Na mesma semana que eu recebi o exame eu comecei a tomar o coquetel um comprimido por dia eu deixo de comer e não deixo de tomar o meu remédio a minha carga viral é muito boa eu só peguei o vírus, mas eu não transmito eu tenho pressão alta também, mas sem o coquetel eu não fico.”*

*“Eu pensei em tirar a minha vida e a vida do velho também aí eu pensei na minha neta, antes de mim eu pensei nela, e a guria como vai ficar? Se eu estou viva hoje em dia, eu dou graças a ela.”*

Traz em sua fala a importância do vínculo com a U. S e dos atendimentos sempre acolhedores do médico que realiza os atendimentos em saúde mental. Faz seu tratamento no Hospital Conceição

pois quando iniciou a TARV o tratamento para o HIV ainda não havia sido descentralizado para a atenção primária.

*“As palestras com o Dr Miguel foram que me deram força também. O Dr Miguel sempre falou nas palestras porque eu? Se várias pessoas têm né, mas não é só eu tantas outras pessoas também, daí eu ficava analisando. A gente conversava muito eu e o Dr. Miguel parecia que quando ele dava as palestras ele olhava para mim e sabia o que eu estava pensando e eu sempre concordava com ele e ele sempre me dava a palavra.”*

*“Eu tive muito apoio do Dr Miguel ele foi importante para mim. Ele trata todo mundo igual sabe ele não tem aquela história assim sabe eu tinha medo que ele saísse do posto e eu nunca mais visse ele.” “Se eu pudesse eu ia todos os dias consultar com ele, parece que é da família sabe ele passa uma coisa tão tranquila para gente.”*

*“ Nunca tive problema nem no Conceição eu sou aposentada não preciso pagar passagem posso ir e vir nunca foi difícil desde os rapazes que atendem a gente para pegar o remédio Eles são muito simpáticos eu fico feliz quando vou lá eu chego com falta de ar por causa do enfisema eles dizem senta e respira como você está? ele já me conhecem há tempo eles são muito simpáticos.”*

Apesar do sentimento de raiva em relação a contaminação pelo HIV advinda de seu companheiro e dos relacionamentos extraconjugais que ocorreram após as negativas de relações sexuais de sua parte, ainda assim entende que tem o dever de cuidar e não abandonar.

*“O velho pegou gonorreia esses tempos, porque como a gente não tem mais relação ele andou tendo relação fora de casa, aquelas verrugas deu nele, ele ficou com pênis que era uma couve-flor, eu não como couve-flor por causa disso. Começou a sair pus e dizia que doía mas como a gente não tinha mais relação ele se tratou sozinho.”*

*“Eu passava a noite e o dia dentro do hospital com ele e aí a doutora disse não ele não vai morrer ele pode ficar vegetativo aí eu respondi tudo bem eu vou cuidar dele.”*

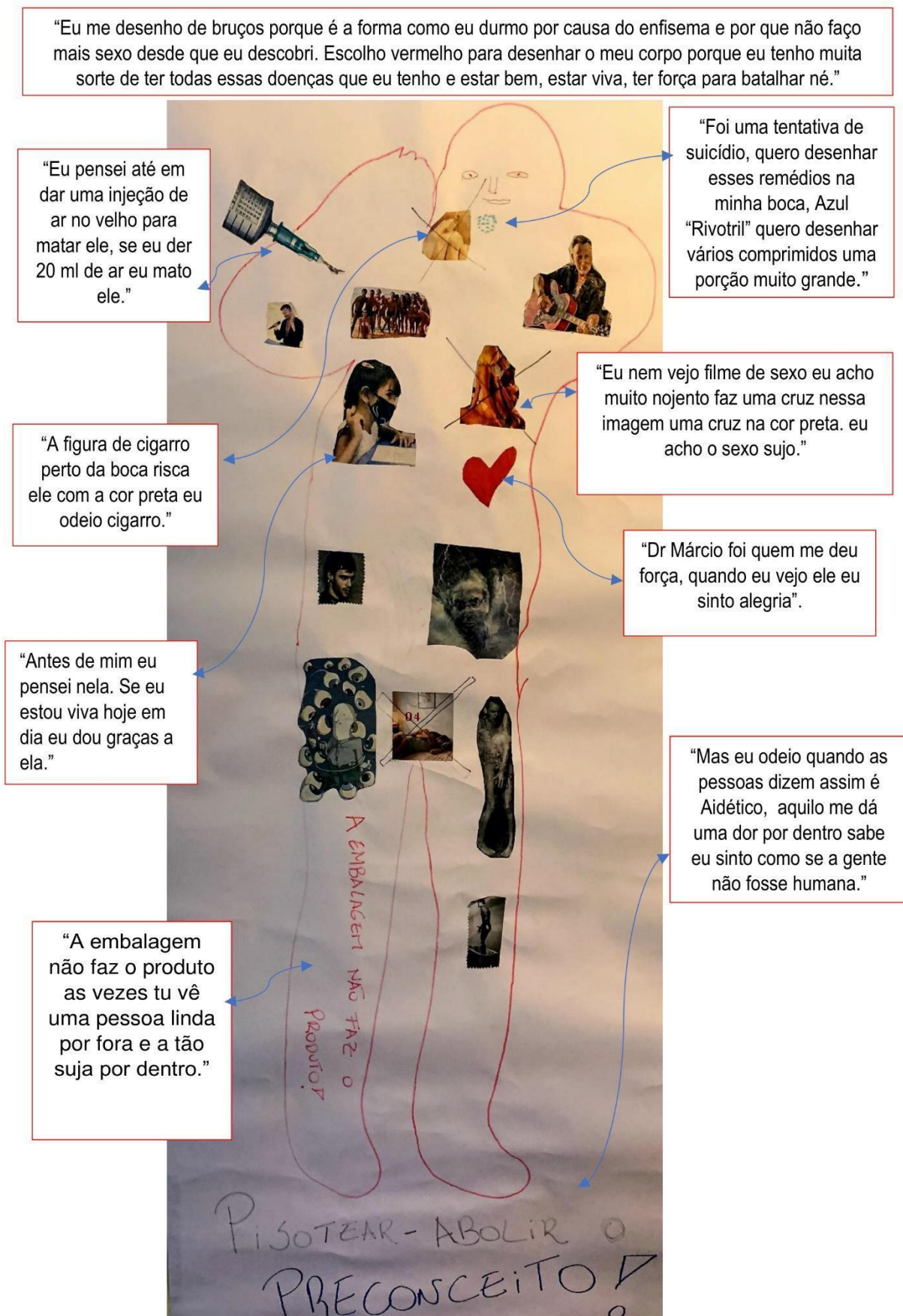
*“O velho tem muito medo de ficar longe de mim, eu sou o porto seguro dele quando ele fica longe de mim ele fica sem chão fica com herpes eu também tenho herpes é uma coisa muito comum, mas tudo eu achava que era do HIV mas não é.”*

*“Eu tenho uma mágoa muito grande, mas eu não posso ter essa mágoa dele pois ele é uma pessoa leiga ele não foi o culpado.”*

*“Eu tenho pena dele a última vez que ele saiu eu disse te some da minha vida vai embora! Os filhos colocaram ele numa clínica aí ele fugiu e foi ali para casa aí eu fiquei pensando como que eu não vou cuidar dele? Em primeiro lugar eu me casei com ele e ele nunca foi um homem ruim para mim ele nunca me maltratou eu não posso deixar ele morrer na rua eu vou ficar com remorso mesmo depois de tudo que ele fez para mim eu sei que ele fez coisas ruins.”*

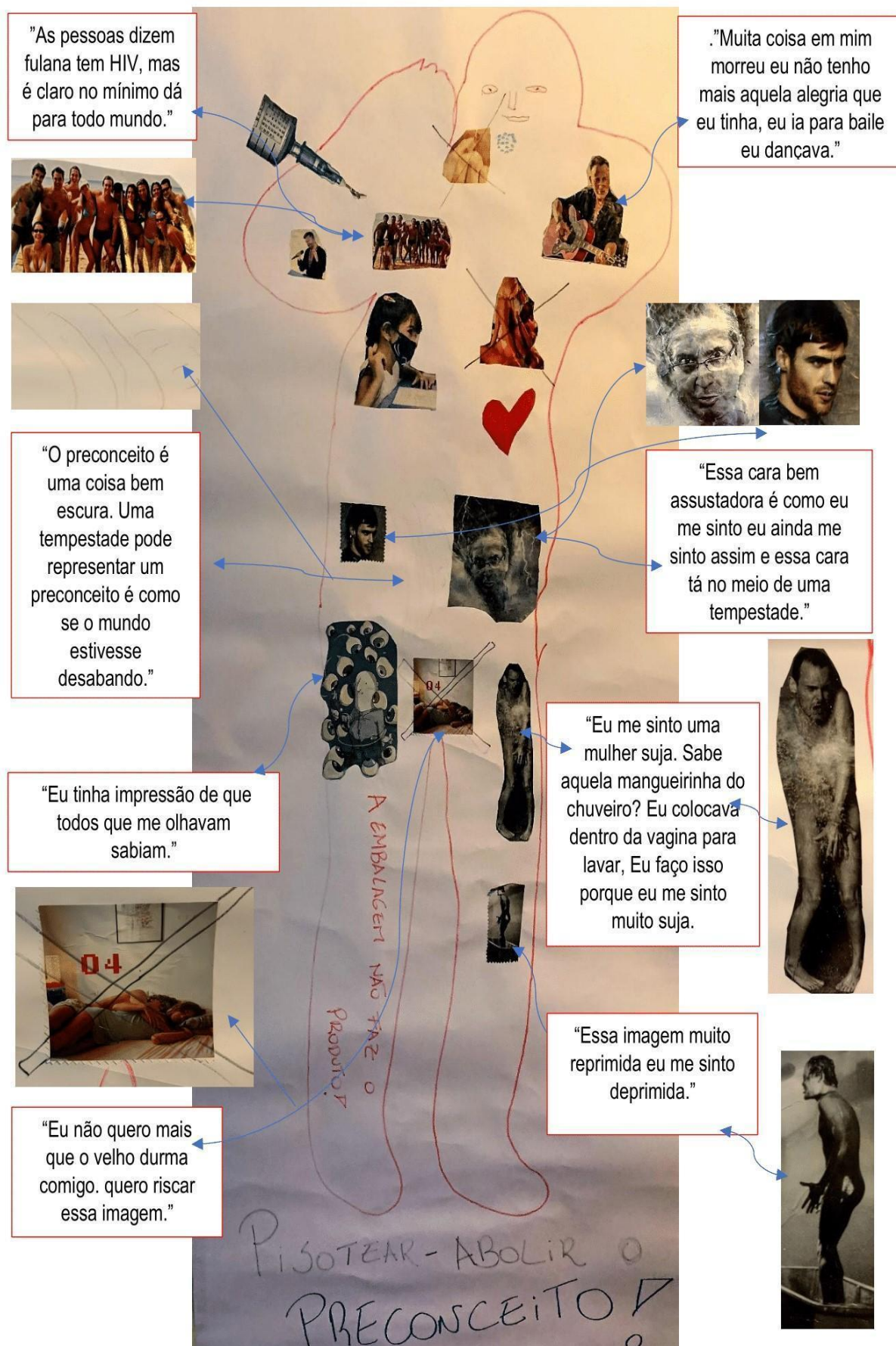


Figura 6 - Mapa corporal Esmeralda .1.1



Fonte: Material da pesquisa, 2021.

Figura 7 - Mapa corporal Esmeralda .1.2



Fonte: Material da pesquisa, 2021.



### 5.3 – RUBI

Rubi, 28 anos, branca, 8 anos de estudo, do lar, união estável, 10 anos de diagnóstico positivo para o HIV.

Contaminou-se em relação sexual casual no qual o desfecho foi uma gestação indesejada. Pai do seu filho era usuário de drogas injetáveis e não aceitava a paternidade. A descoberta da soropositividade para o HIV veio com o pré-natal de seu primeiro filho.

*“Quando eu fiquei sabendo foi horrível, eu tentei falar para o pai do bebê, liguei dizendo que estava grávida, mas a mãe dele disse que não era dele. Eu até queria tirar, eu disse não, eu não vou ter esse filho.”*

*“Quando estava grávida do meu primeiro filho eu pensei em tomar remédio para abortar. Tem uma vizinha aqui que faz esse chá, essas coisas eu pensei em falar com ela e aí a gente pensa como é que a gente vai tirar uma vida, ele não pediu para nascer e a gente é capaz de morrer junto né.”*

*“Eu pensei até em tirar o meu filho, na hora que tu sabe que tu tem aquela doença que não tem cura vai conviver com aquela doença para sempre, tu nunca vai poder fazer o que tu quer fazer no início eu pensei mas agora não, eu sei que os meus filhos precisam de mim.”*

Após a descoberta da soropositividade para o HIV, a negação da paternidade e o início da terapia antirretroviral, o sonho de amamentar tornou-se inalcançável e a tristeza veio na mesma proporção de sua frustração.

*“Sempre foi o meu sonho, eu queria dar mamar no peito e naquele momento eu descobri que eu não ia poder dar mamar para nenhum deles. É horrível, eu chorava vendo as mães dando mamar e eu não podia dar e a criança chorando.”*

*“No hospital tem horário para dar de mamar e tu não pode tirar o peito e dar na hora. Eu chorava junto com eles, eles queriam mamar e eu não podia dar e o meu peito encheu de mama e empedrou e eu tinha que tocar aquele leite fora e eu não podia dar é horrível a coisa mais horrível do mundo.”*

*“Meu sonho sempre foi dar mamar no peito, a gente se sente um lixo a gente pensa às vezes até em se matar é horrível o que passa na cabeça das pessoas. Me dá um aperto no meu peito quando ela vê as crianças mamando.”*

*“As pessoas me perguntaram porque eu não amamentava e eu dizia porque eu não tenho mama no peito porque a gente tem vergonha de contar isso.”*

O Abandono do tratamento veio concomitante ao processo de negação e da revolta em ter uma doença que não tem cura. Nos Pré-natais o acompanhamento se deu em serviço especializado, protocolo

do Ministério da Saúde e após passou a ser assistida na U. S Chácara da Fumaça onde sente-se acolhida e faz seu tratamento até hoje.

*“Uma vez eu quis largar o tratamento eu pensei eu não vou ficar a vida inteira tomando esses remédios se é para mim morrer eu vou morrer eu não vou tomar mais, mas aí a minha mãe disse, você precisa pensar nos seus filhos por que tu não pode pensar só em ti, você têm filhos para criar. Aí eu consultei e fiz os exames de novo e comecei a tomar os remédios novamente.”*

*“No início eu não queria tomar por que parecia que não passava na garganta na primeira gestação eu tomava 4 comprimidos de manhã e 4 de noite já nas últimas duas gestações eu tomava só um eu ficava muito mal me dava tontura vomitava depois do pré-natal de alto risco eu fiquei consultando só no posto eu não tenho nenhuma dificuldade.”*

*“Eu nunca falei assim com ninguém a não ser com a minha mãe, tu é a primeira pessoa que eu tenho intimidade de contar eu nunca tinha falado com ninguém nem no hospital nem no médico.”*

*“Eu faço o tratamento aqui no posto, os médicos são muito queridos, não tenho dificuldade em conseguir atendimento, na verdade a gente consegue até mais rápido que as outras pessoas.”*

O desespero vindo do diagnóstico foi amenizado pelo apoio familiar e pela Fé.

*“Quando eu soube do resultado do exame eu cheguei em casa aos berros é horrível tu descobrir que não tem cura uma doença. Eu contei para minha mãe, para minha irmã, ela chorou bastante, mas que nem ela disse isso muitas pessoas têm.”*

*“Eles olharam o exame encheram os olhos de lágrima e falaram a gente tá contigo tu tem que se cuidar a gente vai te ajudar tu vai superar e nunca me abandonaram.”*

*“Eu procuro força em Deus, mas para acreditar em Deus você não precisa estar na igreja 24 horas na minha casa, na minha família para mim está bem.”*

*“Eu acredito que um dia eu ainda seja curada quem sabe Deus, a gente não quer aceitar, ter uma enfermidade no corpo a gente não aceita isso. Não é que a gente aceita a gente se conforma.”*

*“Agora eu me sinto mais forte a gente precisa se acostumar se conformar não adianta o resto da vida vai ser assim mesmo não tem o que a gente fazer se eu pudesse voltar atrás eu voltava mas não tem como então é só se conformar e seguir em frente.”*

Relacionamento posterior foi marcado por uso de drogas, envolvimento com o crime, ameaças, idas e vindas de visitas em sistema prisional os quais levaram ao rompimento do relacionamento.

*“Me separei depois, quando o meu primeiro filho tinha 2 anos o pai dele que não era biológico foi preso várias vezes ele não quis sair dessa vida aí a gente se separou.”*

*“Eu gostava dele, mas eu não queria passar a minha vida inteira indo em cadeia ver ele e levar o meu filho para ver ele e passar por tudo que tu passa para ter que entrar. Eu levava o meu menino aqui*

*no Central, em Charqueadas, em Arroio dos Ratos ele dizia que queria parar mas ele não parou e eu não queria essa vida para o meu filho.”*

*“Ele tomou um tiro em cada mão e um tiro numa perna e eu não sabia o porquê, mas aí ele contou que ele tinha assaltado e roubado um celular dentro da vila. Ele já ficou devendo para os cara eles iam lá em casa cobrar.”*

*“Quando eu larguei dele ele dizia que ia me dar um tiro na perna que ia me deixar aleijada que eu não iria ficar com ninguém aleijada.”*

Há 7 anos em novo relacionamento sorodiscordante, companheiro sabe do diagnóstico, nunca sofreu preconceito de sua família em relação ao vírus, mas sabe que o preconceito existe e presencia falas e atitudes preconceituosas proferidas a familiares que vivem com HIV.

*“Eu tive medo quando eu me relacionei de novo medo de passar para aquela pessoa tu ficar com aquele rancor para sempre tipo eu sabia e passei para aquela pessoa.”*

*“Muitas pessoas têm nojo né, dizem eu não vou tomar água no copo dela porque eu vou pegar isso é ruim isso é difícil mesmo eles não sabendo que eu tenho eu sei disso eu me sinto no lugar da pessoa né.”*

*“Os próprios parentes da minha cunhada falam: eu tenho nojo das pessoas que tem HIV, na cara dela quando a gente está reunida em família. Que ela tem HIV e que não pode estar muito perto ou que não pode comer no mesmo prato, até o copo que ela toma ninguém toma água isso é muito chato a gente se sente um lixo.”*

*“Há preconceito por tudo, por você ser gorda, por ser magra, por não ter um cabelo bom. As pessoas acham que um cabelo bom é um cabelo liso.”*

Figura 8 - Mapa corporal Rubi 1.1

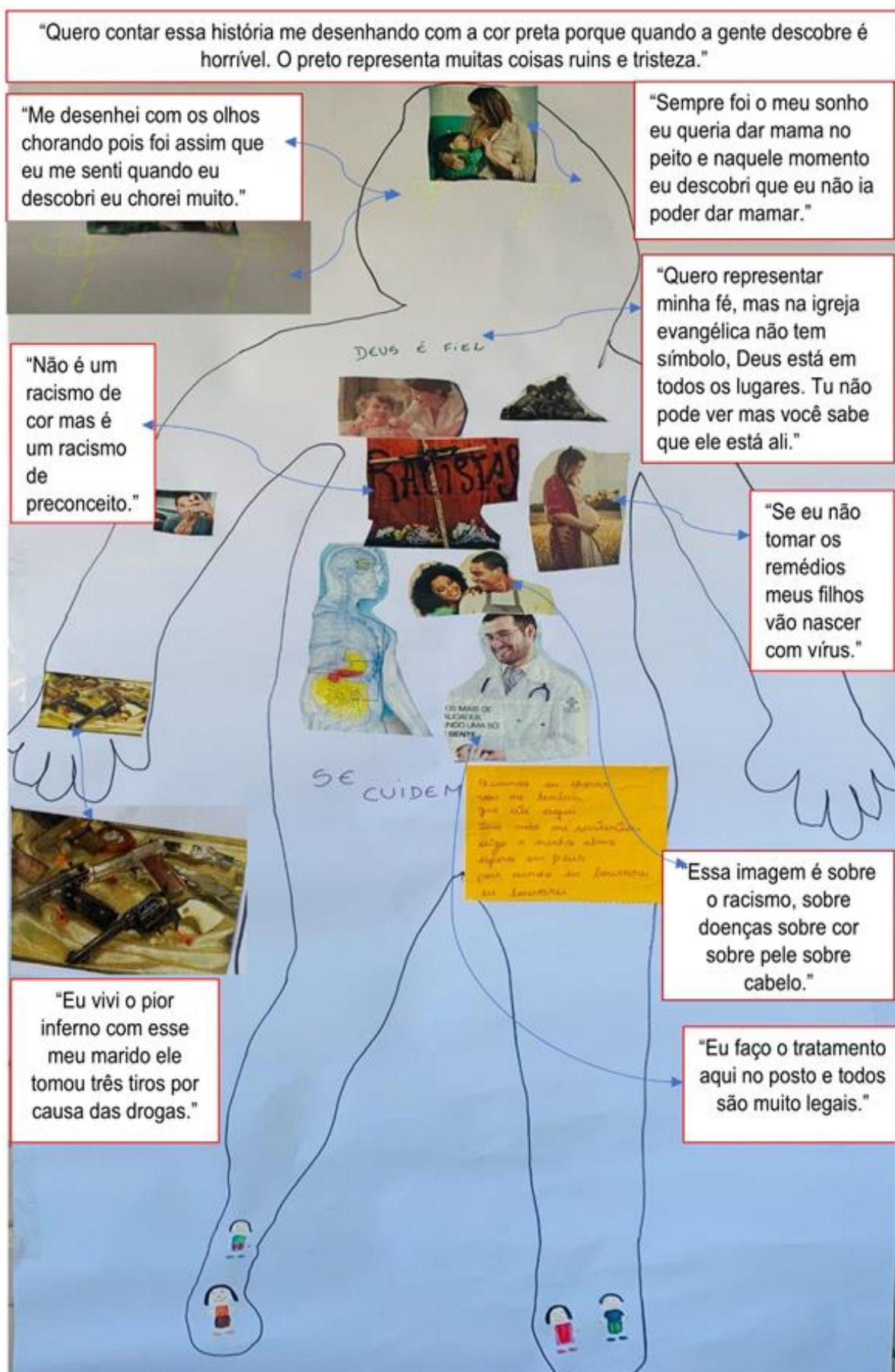
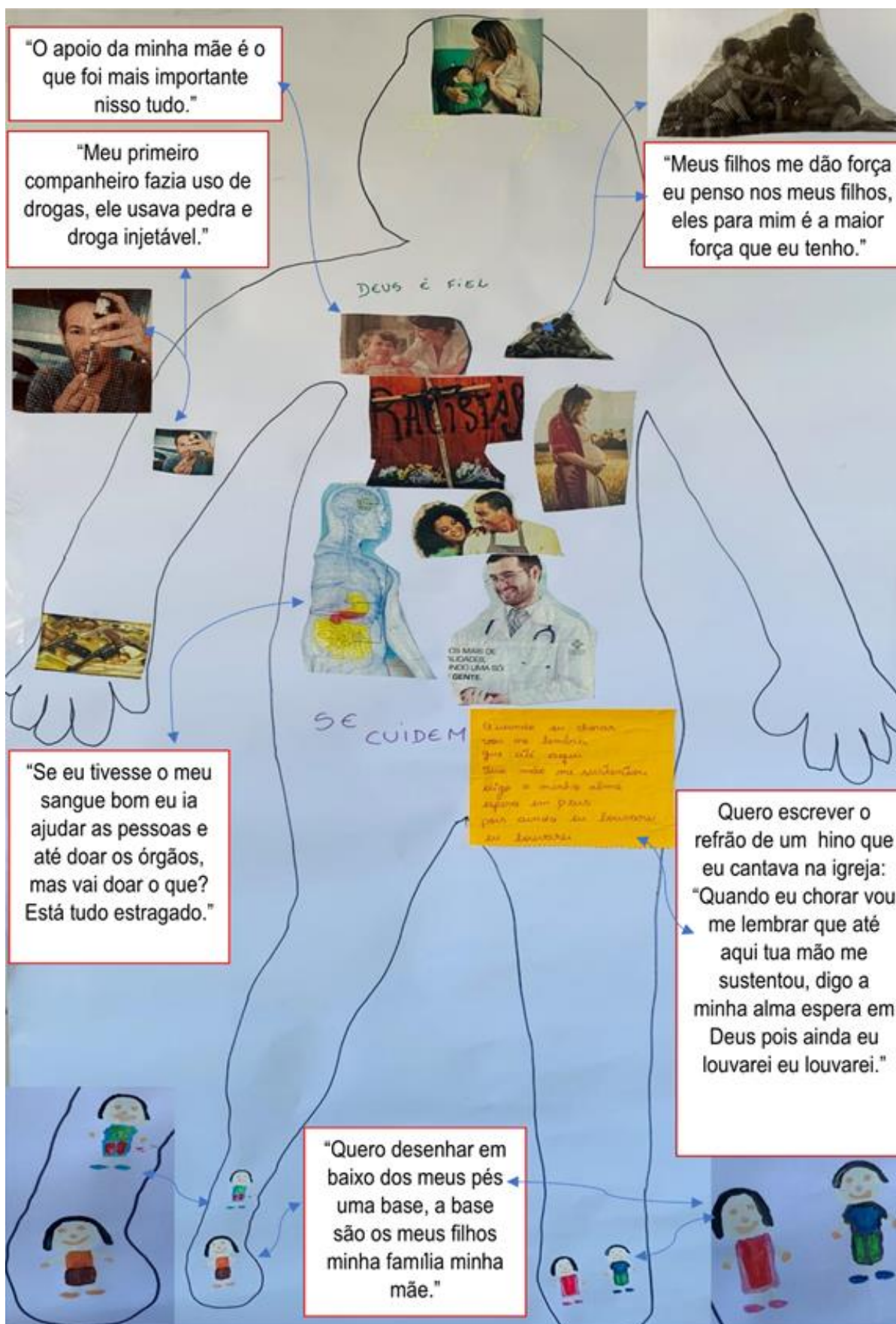


Figura 9 - Mapa corporal Rubi 1.2



Fonte: Material da pesquisa, 2021.

#### 5.4 QUARTZO ROSA

Quartzo Rosa, 35 anos, do lar, 11 anos de estudo, mãe de quatro filhos, 13 anos de diagnóstico positivo para o HIV. Desenhou-se na cor rosa pois é sua cor preferida.

Descobriu a soropositividade para o HIV no pré natal da sua primeira filha, seu companheiro já sabia do diagnóstico e escondeu o fato, além do HIV contaminou-se também com hepatite C, seu sonho de casamento perfeito virou pesadelo.

*“Logo que eu descobri no pré-natal eles me passaram para um grupo para mim ir aceitando porque naquela época que eu descobri parecia que o mundo tinha caído.”*

*“Meu marido já sabia e não me contou quando nós casamos eu acredito que eu já estava contaminada. Quando eu casei aí eu comecei a conhecer outra pessoa um sapo.”*

*“Eu pensava eu não acredito que eu estou passando por isso já na minha primeira gestação porque quando tu casa, tu casa para ser feliz ter teus filhos a tua família mas eu já casei e já descobri isso, já comecei a sentir uma tristeza profunda.”*

*“Eu lamento do meu marido não ter me contado porque se ele tivesse me contado eu acredito que tinha outras formas da gente poder ter filhos sem eu estar contaminada.”*

*“Essa realidade do HIV me deixou meio assim de repente eu me casei e de repente eu estava com HIV, na verdade eu fui obrigada a entender eu preciso me tratar, mas será que eu me aceito? Eu não sei, de repente não.”*

*“Eu fiquei muito magoada a mágoa ainda ela eu tento relutar contra ela, mas como eu casei muito apaixonada por ele na hora eu não pensei em pedir um exame, mas eu acho que ele deveria ter me contado eu acho que era um mínimo que ele deveria ter feito.”*

*“Quando eu engravidei da minha última bebê eu pensava agora eu vou passar por tudo de novo, ir com mais frequência no hospital, aí parece que quando tu tá grávida tu lembra mais que tu tem HIV pelo menos comigo foi assim. Nenhuma das minhas crianças se contaminou, eu nunca amamenteei eles, sempre tomaram o xarope arrisca.”*

Companheiro sabia-se HIV positivo desde os 16 anos de idade quando iniciou acompanhamento esporádico no Posto da Cruzeiro, mas além do HIV e da hepatite C era usuário de drogas. Na adolescência utilizava drogas injetáveis e compartilhava seringas, após passou a fazer uso de cocaína e crack, porém essas informações só foram reveladas após o casamento.

*“Eu namorei com ele um ano e em seguida engravidei da minha primeira filha e ele ainda era dependente químico eu descobri quando eu fui morar com ele. De segunda a sexta ele não fazia uso porque ele tinha que trabalhar mais na sexta-feira era um ritual.”*



*“Meu marido descobriu com 16 anos ele era usuário de drogas injetáveis e ele acredita que tenha pego assim naquela época ele compartilhava agulha com os amigos de noitada.”*

*“Aí o meu pesadelo começou e demorou para ele conseguir sair dessa, foi bem complicado mesmo. Mesmo depois dele ter ficado muito doente, ele ainda voltou para dependência de drogas usava cocaína foi muito complicado.”*

*“Até pouco tempo ele ainda me deu trabalho sobre isso, teve momentos em que o lancei em rosto falei pra ele que tinha acabado com a minha vida que ele estava acabando com a dele, aí vinha o assunto do HIV. Muito eu falei essas coisas para ele porque queira ou não queira ele agiu de má fé comigo.”*

*“Quando minha filha mais velha nasceu ele teve que ser sacudido pelo meu cunhado e trazido para realidade, para lucidez porque ele estava totalmente drogado é horrível de lembrar sabe. Ele usava crack nessa época, eu nem gosto muito de falar. Quando eu conheci ele já estava no crack, de vez em quando cocaína, a época do injetável era quando ele era adolescente.”*

Quartzo Rosa não possui renda e precisa cuidar de seus quatro filhos, traz a segurança financeira como sendo apaziguadora das situações vividas no casamento. O uso de preservativo nunca foi aceito pelo companheiro, reforçando a vulnerabilidade feminina em relações estáveis e a histórica subordinação a qual estão expostas, além da aceitação da violência no contexto familiar em prol da manutenção do casamento.

*“Aí eu fui morar com ele, aí veio HIV eu vim a conhecer que ele tinha esse problema com drogas, mas mesmo assim eu fiquei do lado dele sabe só que tinha momentos que eu tinha que me afastar dele porque eu já não aguentava mais.”*

*“Ele dava conta das coisas da casa, fazer o rancho, mas depois tinha que abastecer o seu lado dependente químico.”*

*“Aí ele andava drogado pela rua dentro do carro dirigindo rápido porque ele estava alucinado tinha noites que eu nem achava que ele ia voltar que ele ia perder a vida ali mesmo. Em alguns momentos eu estava grávida aí eu ficava sozinha eu não podia conversar com ninguém sobre o HIV eu não podia contar para minha família que ele era dependente químico a minha sogra dizia que eu tinha que aguentar porque ela tinha aguentado coisas muito piores.”*

*“Quando ele se drogava ele era outra pessoa, era outro olhar era totalmente diferente. É horrível! Meu marido nunca gostou de usar camisinha e eu tive vários problemas com as pílulas, eu tive várias gravidezes, ele nunca gostava, ele dizia que a gente era casado, claro né depois que ele tinha me contaminado.”*

*“Mas o meu marido nunca deixou faltar as coisas para gente. Ele é um ex-drogado diferente porque ele se preocupou até em abrir uma poupança para os filhos.”*

Companheiro não fazia uso de ARV e iniciou infecções oportunistas que o levaram a internação prolongada. Quartzó Rosa precisou se dividir entre o cuidado com os filhos e o cuidado com o marido, sobrando pouco tempo para cuidar de si.

*“Depois ainda cuidei dele porque ele era muito rebelde na medicação não tomava remédio até o momento que a carga viral dele virou no estágio que ele ficou doente aí eu tive que cuidar dele.”*

*“Eu sabia que eu tinha que cuidar dele, que ele estava passando por aquilo ali por rebeldia em relação a medicação.”*

*“Meu marido quando ficou doente teve neurotoxoplasmose e teve uma tuberculose que ele ficou bem ruim, ele convulsionou dentro do trabalho e apareceu uma lesão no cérebro e eles achavam que era um tumor.”*

*“Ficou quase dois meses internado. Foi bem difícil porque eu tinha dois filhos pequenos, foi bem difícil sabe porque tinha as crianças pequenas para cuidar e tinha que cuidar dele ele estava sempre mal, emagreceu um monte, vivia tremendo com febre, mal-estar.”*

*“Hoje o que eu pensei, me separar para ficar com outra pessoa e poder vir a contaminar essa pessoa não vai me fazer colher bons frutos na vida então eu vou perdoar o meu marido e vou ficar com meu marido.”*

A Fé em Deus e a certeza de que os filhos necessitavam de seu cuidado foram o que a moveu por todos esses anos. Sem revelar o diagnóstico para a família, teve que sustentar sozinha o peso do diagnóstico positivo para HIV e a dependência química do marido. Um dos seus maiores sonhos sempre foi poder amamentar, mas com o resultado positivo em mão esse direito lhe foi negado pelo destino.

*“Eu sempre gostei de ir na igreja, aprendi muitas coisas lendo a Bíblia e aí tu te dá conta que tem muitas coisas que são doutrinas humanas. Quando eu descobri o HIV eu procurei mais refúgio naquela época na Igreja, quando eu te falei que eu estava sozinha na verdade eu não estava sozinha eu fortaleci a minha fé. Então eu tive que encontrar força assim, olha, só no papai do céu mesmo.”*

*“Agora não frequento mais a igreja porque depois da pandemia os cultos pararam, mas eu tenho como buscar a minha espiritualidade em casa eu e os meus filhos a gente lê a Bíblia a gente ora.”*

*“Eu deixei depois de frequentar a igreja porque tem muitas coisas que dizem na Bíblia que não são o que as pessoas praticam na igreja aí tu tem que ter discernimento, aí tu sai da igreja evangélica.”*

*“Quando eu descobri que eu era soropositivo eu lia esse versículo quase todos os dias porque eu não tinha ninguém para me ajudar, aí eu me apeguei muito a esse versículo. Agora eu estou mais madura, agora eu sei lidar mais com isso.”*

*“Quando eu ficava grávida vou te dizer que eu não chegava a comemorar, mas depois eu sempre tive muito amor pelas crianças. Mas eu pensava eu vou passar por tudo de novo porque ele já era um problema e aí eu pensava agora eu tenho mais um bebê eu preciso estar forte para suportar os*



problemas dele e mais a gravidez e a minha mãe e minha avó sempre me perguntando por que não amamenta.”

“Mas eu fiquei firme eu tinha que ficar firme em momento nenhum eu pensei em aborto em momento nenhum eu pensei em fazer algo contra minha vida só pensava que eu tinha que continuar fazendo que era o certo me cuidar, cuidar das crianças.”

“Eu nunca vou saber o que é amamentar um filho, isso me chateou bastante. Eu me lembro de ter chegado no posto com os peitos inchados e doendo e aí eu fiquei pensando, poxa eu não posso amamentar os meus filhos e meus filhos sempre tiveram fome aí tinha que seguir o receituário de quantos ml por hora, as crianças ficavam ressecadas ficavam com cólica mas essa alegria eu não tive.”

“Isso foi uma coisa que me marcou bastante além do leite materno ser o melhor alimento e as crianças sofreram ficaram entupidas no início eu lamentava muito de não poder amamentar isso me marcou.”

“A gente vai amadurecendo e vai entendendo que a realidade é uma tu tem HIV, tu precisa tratar e tu vai viver né! As crianças precisam muito de mim, são muito dependentes.”

O preconceito e o tabu foram sempre muito presentes em sua família e isso fez com que não revelasse o diagnóstico para seus familiares. A sentença de morte advinda de membros da igreja fizeram o desespero aumentar.

“Quando eu descobri que eu tinha foi bem difícil para mim eu acho que eu tinha preconceito comigo mesmo. Parecia que o mundo inteiro ia ter preconceito.”

“Eu enfrentei tudo sozinha porque a minha família é muito preconceituosa tanto que ninguém sabe para ele só de tu falar com a pessoa já vai pegar HIV aí eu não contei para ninguém.”

“Minha mãe foi criada assim que um beijo engravidava aí tu imagina ela saber que a filha dela é portadora do HIV. A minha família é muito preconceituosa, muito crítica e eu não falo nada para ninguém.”

“Eu sempre com medo que minha família descobrisse e até hoje eu tenho esse medo. Sabe esse receio deles descobrirem por que eu acredito que eles vão me separar um pouco.”

Minha mãe é bem preconceituosa assim, eu não tinha preconceito eu tinha medo e eu ficava com receio que minha família me rejeitasse, mas preconceito não tanto que eu continuei casada com ele.”

“De repente se eu contasse para minha família não ia ser tão horrível assim, mas eu tenho tanto medo sabe porque eu já vi eles comentarem fulano é aidético ciclano é aidético isso assusta gente.”

“Têm algumas pessoas que sabiam porque eu ia numa igreja, me deram alguns anos de vida.”

“Eu não consegui ajuda com ninguém, na verdade eu não tinha ninguém para conversar, ninguém. Por exemplo, essa senhora da igreja eu gostava muito dela, mas ela já chegou me dando

*exemplo de uma mulher que tinha morrido em menos de 10 anos que era para eu aproveitar enquanto eu tivesse vida que daqui a pouco eu não ia mais viver, foi tão horrível ouvir aquilo sabe.”*

*“As medicações em casa eu coloco em outro frasco e coloco o frasco fora porque a minha mãe vai lá em casa, minha irmã vai lá em casa aí coloco em outro frasco e fica ali dentro do armário.”*

*“Eu me senti de mãos atadas como se eu não pudesse fazer mais nada como se eu estivesse presa a um vírus que ia me separar da minha família que ia me trazer dificuldade sabe me senti assim por um bom tempo hoje eu não sinto mais.”*

Faz tratamento para o HIV atualmente no Hospital Conceição, iniciou a TARV no Posto da Cruzeiro pois morava próximo, após mudança ficou difícil acessar o serviço. Mesmo fazendo tratamento de primeira linha e podendo ser assistida na unidade de saúde, optou por manter vínculo em serviço especializado por medo de descoberta da sorologia por familiares e por vergonha de funcionários conhecidos no posto.

*“No Conceição é tranquilo para mim a única coisa ruim é que eu tenho que ir lá para marcar e depois ir lá para consultar na época do postão da Cruzeiro a agenda abria dia primeiro tu ligava falava o nome do teu médico e ele já te colocavam no sistema.”*

*“Ali no Conceição tu tem que ir, aí eu tenho que arrumar uma pessoa para ficar com os meus filhos para ir lá de manhã cedo e marcar para dali 20 dias, quase um mês, eles não marcam pelo telefone.”*

*“Quando tu vai lá marcar, no Conceição, tu tem que ir muito cedo, já aconteceu de chegar lá e dizer que não tem mais agenda deste mês, mas eu nunca fiquei sem medicação em função disso até porque qualquer problema tu pode pedir para deixar a receita assinada eles são bem legais eu gosto muito da minha doutora. Ela é bem querida eu explico para ela que não posso tá vindo toda hora porque eu tenho as crianças pequenas e ela entende.”*

*“Na cruzeiro a farmácia era da infecto, então tu sabia que quem ia buscar a medicação era HIV.”*

*“Eu tinha vergonha de contar aqui no posto porque tem muitas pessoas que a gente conhece há muito tempo, as agentes de saúde são gurias que eu me criei com elas, a gente jogava vôlei juntas eu fiquei com bastante vergonha quando eu descobri quando eu vim morar aqui de volta.”*

*“Quando eu casei eu fui morar em outro bairro, mas quando eu voltei para cá eu tinha muita vergonha de falar é porque parece que a gente que é portador tem mais tabu do que as pessoas que vão te ouvir, não sei te explicar o conflito que passa por dentro.”*

*“Se tivesse um grupo aqui no posto eu não participaria. Quando eu ia buscar o leite sabe, eu ficava com vergonha, parecia que todo mundo sabia por que eu estava indo buscar o leite. Parece que toda mulher que busca o leite é porque tem HIV. Na verdade, eu nem sei se é assim se o leite é só para portadores de HIV.”*

*“Talvez a entrega do leite pudesse ser feita de uma forma diferente se a mãe tem vergonha ou se ela se sente constrangida talvez pudesse pensar nisso.”*

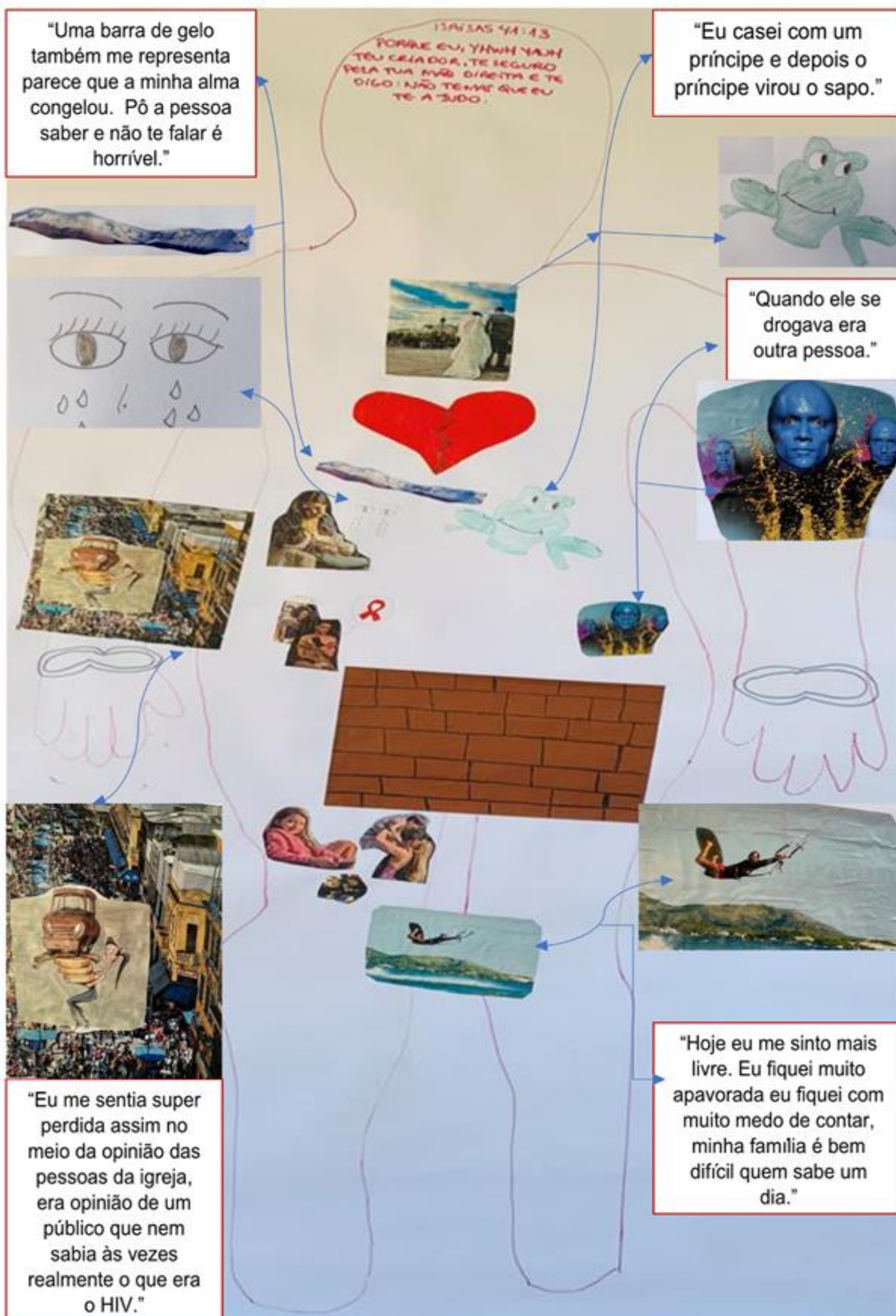
*“Eu lembro de ter pedido para separar o prontuário família da minha mãe no posto. Eu ficava com muito medo que a minha mãe soubesse por que a minha mãe tem tabu por tudo.”*

*“Eu conheço o porteiro da unidade de saúde e a mulher dele, toda vez que eu tinha que buscar o leite eu ficava pensando, nossa agora ele vai contar para mulher dele a mulher dele vai contar para minha mãe. Eu fiquei envergonhada, acuada, aí tu pensa como é a cabeça da gente né! A hora que eu vi o porteiro e eu disse que vim buscar o leite aí a minha cabeça já pensou tomara que ele não conte para mulher dele.”*

*Figura 10 – Mapa corporal Quartzo Rosa 1.1*



Figura 11 – Mapa corporal Quartzzo Rosa 1.2



Fonte: Material da pesquisa, 2021.

## 6 DISCUSSÃO

O viver com HIV em uma sociedade reprodutora de desigualdades sociais, onde a violência de gênero ainda é extremamente presente, representa um grande desafio na vida dessas mulheres.

A investigação qualitativa por intermédio dos mapas corporais narrados (MCN) é capaz de provocar a reflexividade em agentes e pesquisadores, proporcionando uma melhor compreensão das condições sociais, reveladas na pluralidade de estruturas indicadas em seus mapas corporais. Destaca-se o potencial da técnica para gerar dados que arquitetam as relações entre micro e macro, numa ação permanente de reprodução do habitus de vida. Os mapas corporais narrados representam a aposta em uma metodologia que contribui com a participação dos atores sociais e, simultaneamente, compromete-se com o desenvolvimento científico. A partir da sua utilização, foi possível verificar como os corpos são expressos, sem reduzi-los à imagem corporal, mas como representação objetiva do corpo produzido em contínua interação com o outro. Decerto, trata-se da compreensão deste corpo na perspectiva da autoimagem.

Mesmo que não sejam concretos os benefícios para as participantes, para os serviços de saúde considerou-se que os resultados puderam melhorar a RAS, qualificar a equipe de saúde sobre questões relacionadas ao HIV, diminuir o preconceito com os pacientes HIV, adequar os processos de trabalho na unidade de saúde.

Nesse sentido, as autoras assumiram o compromisso de divulgar os resultados em eventos voltados à comunidade e também apresentá-los ao Conselho distrital de saúde Nordeste de Porto Alegre em documento de fácil acesso à sociedade civil organizada. Previu-se também a organização de ações de educação permanente em saúde (EPS) com os trabalhadores da U.S Chácara da Fumaça para apresentação e discussão dos resultados e reflexão sobre as práticas de cuidado às mulheres soropositivas para o HIV.

Individualmente, a realização dos MCN e as questões norteadoras da entrevista proporcionaram às participantes oportunidades para manifestar suas percepções sobre si, sobre o viver com HIV, sobre preconceitos sofridos. Ao mesmo tempo, as representações que permeiam seus discursos remetem a ideias produzidas social e culturalmente.

As mulheres que fizeram parte deste estudo trouxeram diversas situações já mencionadas em por outros autores (OLIVEIRA; JUNQUEIRA, 2020; RODRIGUES; MAKSUD, 2017; OPAS, 2010; MAGALHÃES; JÚNIOR, 2014), e que reforçam a importância de se olhar com atenção para esses itinerários de cuidado na busca de facilitar o acesso e manter o sigilo dentro das unidades de saúde nas quais estão vinculadas.



## 6.1 ITINERÁRIOS DE CUIDADO: O LAPIDAR DE PEDRAS PRECIOSAS

A religiosidade foi fundamental no itinerário de cuidado dessas mulheres, operando como suporte para que encontrassem forças para enfrentar o diagnóstico positivo para o HIV. A fé em algum Deus mostrou-se importante para o desaguar de angústias e aflições e uma transformação em esperança e acolhimento. A fé e a oração foram pilares para o cuidado, pois trouxeram forças para seguir em frente, uma vez que nem a família, que poderia ser alento, sabia do diagnóstico.

Em estudo realizado por Santo, Gomes e Oliveira (2013), a religiosidade e a fé aparecem como fonte de esperança, fé na cura e apoio, representados pela oração e destacam que em momentos com dificuldades em aderir à terapia medicamentosa, a religiosidade surge como força necessária para prosseguir.

Para as entrevistadas deste estudo a religiosidade não interferiu na manutenção da terapêutica medicamentosa. Pérola Negra fala da gota do milagre e traz a Igreja Universal como fonte de inspiração para o cuidado, porém segue à risca a terapia medicamentosa e critica o companheiro por não tomar a medicação. Quartzó Rosa traz os dogmas impostos dentro das igrejas, não como forma de questionar a existência de um Deus ou de diminuir sua fé, mas questionando as imposições em prol de benefícios.

Oliveira e Junqueira (2020), trazem a fé a religião como peça fundamental de acolhimento, aceitação e suporte para as mulheres de seu estudo, mas também em alguns casos como empecilho ao cuidado quando colocada como fonte de culpabilização pela infecção e possibilidade de cura pelo Divino.

O diagnóstico positivo para o HIV fez com que as pessoas do estudo de Lemos e Ecco (2014), buscassem mais a Deus e a doença tornou-se um estímulo para a aproximação com a religiosidade. Sentindo-se pertencentes a uma instituição religiosa, perceberam-se acolhidos, auxiliados e orientados.

Destaca-se também a importância de uma rede de atenção articulada e que tem em seu sistema logístico o suporte para deslocamentos, uma vez que o cuidado de PVHIV requer pontos de atenção conectados e que trabalhem em ações interprofissionais para responder com qualidade às necessidades e demandas desses usuários. Em Porto Alegre esse benefício é regido pelo Decreto 12.243 de 8 de fevereiro de 1999.

Art. 1º - São titulares do benefício legal de gratuidade no Sistema de Transporte Público de Passageiros de Porto Alegre — STPOA, os seguintes usuários: (...)

II — portadores do vírus da AIDS que já tenham desenvolvido a doença e sejam atendidos pela SMS — PMCDST/AIDS que tenham renda mensal própria igual ou inferior a três salários mínimos, comprovem utilização do Sistema de 83 Transporte Coletivo e estejam cadastrados pelas suas entidades representativas junto à Empresa Pública de Transporte e Circulação (PORTO ALEGRE, 1999, p. 02).

Muitas vezes o transporte desses usuários é assegurado pelos benefícios fornecidos pelo serviço de assistência social do município, porém o recurso é finito e dispensado para demais situações de vulnerabilidade social da comunidade como um todo.

Em estudo realizado por Oliveira e Junqueira (2020), acesso a direitos sociais para PVHIV/AIDS como o transporte gratuito ou benefício de prestação continuada também caracterizou-se como um problema, visto ser disponibilizado quando o usuário já agravou a situação de saúde e conseqüentemente teve o desenvolvimento da AIDS. As condições econômicas e de moradia podem compor as barreiras e constituem-se como dificultadores no processo de cuidado em relação à infecção, o que poderia ser amenizado com o fornecimento regular de benefícios sociais, prevenindo o agravamento da condição de saúde e desenvolvimento da AIDS pelo não acesso à rede de atenção.

O tratamento de primeira linha realizado nas unidades de saúde próximas à moradia dos usuários constitui importante ferramenta para o acesso facilitado, operando na lógica de oferecer acompanhamento e tratamento em serviços de saúde próximos à moradia do usuário e evitando deslocamentos para pontos distantes da rede e que necessitam de transporte.

A Unidade Chácara da Fumaça é destacada pelas participantes como espaço essencial de cuidado e acolhimento. As participantes compreendem a unidade de saúde como local de aconchego, esperança, apoio. Os encontros em saúde mental abertos à comunidade e a meditação, prática realizada há muitos anos por profissional médico da unidade, além da disponibilidade de testes rápidos para HIV com diagnóstico imediato, encontros de arteterapia, onde o lúdico impera, além da estabilidade destes servidores (muitos trabalham na unidade há mais de 17 anos) formam o 'acolher' que essas mulheres trazem nas suas narrativas.

Valer-se de várias estratégias como rodas de conversas, sala de espera, grupos de apoio, materiais educativos, entre outros, pode auxiliar na adesão ao tratamento dos usuários (BRASIL 2018a). Na Unidade Chácara da Fumaça os grupos de meditação, arteterapia e saúde mental não são voltados exclusivamente para PVHIV/AIDS, mas constituem espaços importantes de vínculo, auxiliando no processo de aceitação e vinculação ao tratamento para HIV/Aids, como observado nas narrativas das mulheres do estudo.

A atitude acolhedora da equipe profissional é importante para alavancar mudança no comportamento do paciente ante o adoecimento (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Além da Unidade Chácara da Fumaça ter equipes preparadas para acolher e amenizar as angústias dessas mulheres, algumas realizam o tratamento de primeira linha na própria unidade, o que auxilia nos deslocamentos e nas questões financeiras, mantendo o atendimento integral no território. A unidade realiza os procedimentos de contracepção de longa permanência, minimizando os deslocamentos, visto que a aplicação de implantes e colocação de dispositivos intra uterinos hormonais



ocorrem na unidade. Mesmo sendo que o tratamento seja realizado na unidade de saúde do território, algumas mulheres optam por realizar em serviços especializados (atenção especializada na rede de saúde) por medo de descoberta de diagnóstico (alguns funcionários da unidade de saúde são residentes da área).

A atenção primária na rede de atenção em saúde (RAS), porta de entrada no sistema, constitui ponto importante para o cuidado em saúde de seus usuários. As equipes possuem profissionais que permanecem por mais tempo no mesmo local de trabalho, com menos rotatividade, inserida dentro dos territórios, possibilitando a construção de vínculos fortalecidos com a comunidade (OPAS, 2010; MAGALHÃES JUNIOR, 2014).

Para as participantes, as relações familiares e o apoio oferecido por integrantes de suas famílias mostraram-se amenizadores de sofrimento. Quando os familiares não sabiam do diagnóstico, as relações de cuidado se mostraram mais frágeis. Não poder contar com o apoio de mãe, pai e irmãos foi trazido como um grande sofrimento. Quando esse apoio era presente e se podia dividir medos e aflições, além de não haver preocupações como esconder medicamentos em frascos diferentes ou com rótulos raspados ou mesmo omitir motivo de não amamentar, a sobrecarga em menor escala era predominante podendo ser observada em suas falas e expressões.

Stefanelli, Gualda e Ferraz (1999) trazem evidências quanto a questões conflitantes relacionadas à revelação do diagnóstico de HIV a familiares. As pessoas que revelaram seu diagnóstico se adaptaram melhor e trouxeram a importância do suporte familiar nesse processo, corroborando com as evidências que mostraram adaptações ao viver com HIV e sua aceitação mais amenizada quando do apoio familiar presente.

O apoio familiar mostrou-se fator importante na perspectiva de cuidado de mulheres vivendo com HIV, muitas delas, com filhos ainda dependentes, necessitam desse apoio para poder realizar os atendimentos em saúde necessários (GALVÃO; PAIVA, 2011).

Em dados divulgados pela UNAIDS (2019), quando o sigilo é quebrado e revelado a pessoas mais próximas, a experiência geralmente é melhor do que quando revelado a pessoas de seu círculo não íntimo. Uma das causas de se manter o diagnóstico em sigilo está intensamente relacionada com a carga de estigma relacionada ao HIV/AIDS e de quanto ele pode prejudicar o cotidiano de muitas formas (UNAIDS, 2019).

Não raro ocultar a soropositividade para o HIV é uma forma de proteger-se de preconceitos e discriminações (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

Possuírem filhos pequenos ou dependentes de cuidado como netos estimularam as mulheres participantes a lutarem contra o vírus e contra todos os obstáculos do tratamento, como os efeitos adversos da terapia medicamentosa. Não adoecerem tornou-se prioridade. Manter os cuidados para não

contaminarem seus filhos nas gestações e pós parto, como não amamentar e seguir a prescrição de medicamentos para seus bebês, foi trazido como principal meta.

Ter filhos e a necessidade de cuidá-los destacam-se como motivo de luta e estímulo para continuar vivendo após o diagnóstico de HIV (SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013; GALVÃO; PAIVA, 2011). Entende-se neste sentido que os dependentes de cuidado dessas pessoas que vivem com HIV enquadram-se neste objeto de luta, não somente os filhos, mas netos e outros familiares.

## 6.2 O CAMINHO E O CAMINHAR PARA AS MULHERES COM HIV: POTENCIALIDADES E DESAFIOS

A descoberta da gravidez e o início do pré natal para muitas mulheres é um momento mágico, regado de alegrias e descobertas, mas para Quartzo Rosa e Rubi, junto com o diagnóstico de gravidez veio o diagnóstico para o HIV, momento de angústia, desespero e pânico. Quartzo Rosa traz em sua narrativa que não comemorava quando engravidava porque parecia que quando se está grávida, pelas idas frequentes às consultas, exames e cuidados com a gestação, lembrava mais que tinha HIV.

Após o nascimento dos filhos iniciava-se mais uma maratona de cuidados para que o bebê não se contaminasse e com esses cuidados o ato de não amamentar estava presente. Amamentar para essas mulheres era um sonho, um desejo, e ver seus seios fartos de leite materno e não poder ofertar causou grande tristeza. Além de todo o desejo envolto no amamentar seu filho, gerar afeto e alimento, sensação negada a elas pelas contra indicações de mães HIV positivas, ainda precisaram esconder o motivo pelo qual não amamentavam sendo julgadas e questionadas por muitas vezes.

As mulheres do estudo de Reis et al. (2020), trazem também sentimentos de impotência frente a impossibilidade de amamentar seus filhos, sentindo-se culpadas.

O gestar traz consigo diversos sentimentos e quando somado a impossibilidade de amamentação traz medo e tristeza. A amamentação, enquanto simbolismo de feminilidade, é um construto social e cultural (para além dos benefícios para mães e bebês) e está inundado de significados (KALIL, AGUIAR, 2017). Quando negado a essas mulheres, em prol da manutenção da saúde de seus filhos, geraram experiências penosas, desgastes emocionais, além do sentimento de impotência (REIS et al., 2020).

Com a impossibilidade de amamentação, os filhos das mulheres com HIV recebem fórmulas lácteas até completarem um ano de vida por meio do Projeto Nascer, instituído pelo Ministério da Saúde através da portaria nº 2104/GM de 19/11/2002. Essas fórmulas são distribuídas pelas unidades de saúde após inclusão dos recém nascidos em formulário específico (e-SUS). Após a inscrição, as retiradas dessas fórmulas ocorrem mensalmente. Quarto Rosa traz em sua fala a angústia e receio que sentia

quando precisava buscar as fórmulas na Unidade de Saúde, pois alguns funcionários moram na comunidade e são amigos de seus familiares. As fórmulas infantis encontram-se em armário chaveado no corredor da Unidade de Saúde e até o momento da escuta dessa usuária eram entregues na sala de verificação de sinais vitais, não contando com total sigilo que deveria.

Em pesquisa realizada pelo UNAIDS (2019), os participantes trouxeram inseguranças em relação a confiabilidade de seus dados como a soropositividade para o HIV relacionado aos profissionais de saúde, trazendo também o medo da revelação do diagnóstico sem seu consentimento e retardando a realização do tratamento. Alguns participantes alegaram não saber se seus prontuários eram mantidos em sigilo, sendo que mais de 50% dos entrevistados tinham dúvidas em relação à confidencialidade de seus dados ou tinha certeza de que as informações estavam sendo violadas.

Algumas questões importantes relacionadas à organização dos serviços que atendem essas mulheres foram expressas em suas falas como a vergonha e receio de encontrar conhecidos na entrega de medicamentos da farmácia do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes (SMS/Porto Alegre) que é exclusiva para a retirada de ARV. As participantes indicaram o quanto seria mais fácil se as consultas pudessem ser marcadas por telefone ao invés de várias idas e vindas como ocorre no Hospital Nossa Senhora da Conceição, onde Quarto Rosa relata ter que deixar com terceiros seus filhos para agendar a consulta e depois para ir a consulta.

Rodrigues e Maksud (2017), trazem as dificuldades encontradas nos itinerários terapêuticos evidenciando lacunas nos serviços de saúde que aparentemente impactam na oferta de cuidado integral. Reforçam ainda a grande necessidade de acompanhamento dos cuidados em saúde, não só em seus itinerários terapêuticos, mas nas práticas profissionais.

Pela representação social que a doença carrega, cheia de símbolos, significados, muitas pessoas vivendo com HIV antecipam o sentir-se discriminado, estigmatizado e marginalizado e com medo de serem identificadas nos serviços de saúde por conhecidos, vizinhos, amigos e escondem o diagnóstico, o que pode impactar negativamente no seu cuidado em saúde (ALMEIDA; LABRONICI, 2007).

### 6.3 O CASULO E A BORBOLETA: OS EFEITOS SOBRE O VIVER COM HIV NO COTIDIANO DE MULHERES

O viver com HIV, mesmo após décadas de diagnóstico, ainda traz marcas trágicas que estão impressas no corpo e alma das mulheres participantes.

Estigma e preconceito vividos foram trazidos em seus relatos e se misturaram em significados confluentes. Migram entre suas histórias sempre trazendo muita dor e angústia.

Muitas vezes a opção de manter sigilo de seu diagnóstico vem de experiências prévias observadas no meio de convívio familiar ou social. Algumas mulheres não sofreram diretamente preconceito mas presenciaram falas e atitudes relacionadas a terceiros em que o preconceito estava nitidamente presente, como separar os talheres e copos, discursos taxativos de que a contaminação se dá a partir de práticas sexuais promíscuas.

Por medo de estigma e preconceitos, as PVHIV ainda hoje deixam de revelar seu diagnóstico a familiares. A maior parte delas revela o diagnóstico a pessoas mais próximas (80,4%) mas em algumas situações a revelação do diagnóstico sem seu consentimento se deu a vizinhos, colegas de escola e professores, tornando o local de moradia e de estudo potencialmente constrangedor (UNAIDS, 2019).

Violências sofridas por PVHIV vão além de estigma e preconceitos: assédios verbais, agressões físicas e perda de emprego são situações vivenciadas e descritas em publicações da UNAIDS (2019). Algumas experiências negativas que ocorreram com mais frequência e que foram trazidas pelas participantes foram formas discriminatórias em comentários ou especulações associados ao viver com o vírus.

A solidão quando o diagnóstico foi mantido em sigilo e não revelando a familiares foi amenizada pela religiosidade. Por outro lado, quando o diagnóstico foi revelado a familiares e, com isso adveio apoio e acolhimento, esses sentimentos foram melhor trabalhados.

Muitas vitórias em relação ao tratamento, acesso a medicamentos vêm sendo observadas ao longo dos anos no mundo, porém o estigma relacionado ao HIV/ AIDS ainda mostra-se como grande dificultador do processo de enfrentamento à epidemia (PARKER; AGGLETON.2021).

Depressão, tristeza, frustração, angústia, mágoa, medo da morte, desespero, pânico e tentativa de suicídio fizeram, em algum momento, parte do cotidiano dessas mulheres. A baixa autoestima advinda da perda de peso e perda da dentição também contribuíram para exacerbar esse sentir-se em um mundo a desabar, no meio de uma tempestade.

As redes de atenção à saúde necessitam estar presentes em diversos momentos no itinerário dessas usuárias, desde a busca por testes rápidos, apoio aos processos individuais, manejo dos efeitos colaterais e atendimento para transtornos (prevalentes em PVHIV). Em amostra da publicação de UNAIDS (2019), 90,5% receberam tratamento ou cuidados relativos ao vírus no SUS, reforçando sua importância fundamental.

Os efeitos adversos da TARV também evidenciaram um desafio no início do tratamento e que para algumas veio somado às mudanças hormonais da gestação. O abandono do tratamento não foi predominante para as participantes, mas, quando ocorreu, fez parte do processo de negação da doença.

Falta de apoio emocional e efeitos colaterais pelo uso dos ARV foram os principais motivos para o abandono de tratamento no estudo realizado por Rodrigues e Maksud (2017). Outros fatores como questões financeiras, negação da doença, medo da morte, depressão e o estigma relacionados ao HIV/AIDS também contribuíram de forma negativa na adesão ao tratamento (RODRIGUES; MAKSUD, 2017).

O diagnóstico para o HIV vem regado de sentimentos negativos, culpabilização e negação da doença, revelando sofrimentos profundos que não raro podem culminar em atentar contra a própria vida (SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Envolvimento com o crime, uso de cocaína, crack, álcool e violência doméstica foram trazidas como fatores determinantes de sofrimento. Pérola Negra relatou que sofria violência física perpetrada pelo companheiro quando este fazia uso de drogas e de álcool, ele não aderiu ao tratamento ARV e morreu por complicações decorrentes do HIV.

Rubi enfrentou filas para visitar o companheiro no presídio, que tinha envolvimento com o tráfico, era usuário de drogas, até que decidiu se separar e passou a ser ameaçada de morte. Quarto Rosa também enfrentou a dependência química do marido que não fazia uso de ARV, adoeceu e ela passou a ter que cuidar sozinha dos filhos e do marido, além de manter o sigilo de seu diagnóstico.

Além de cuidar de si, cabe a essas mulheres, historicamente, manter os cuidados do companheiro, que muitas vezes é o primeiro a adoecer. Mesmo após todo o sofrimento relatado por essas mulheres, o cuidar de seus companheiros mostrou-se questão de honra e esteve presente em todos os momentos necessários.

Mesmo tendo sido infectadas pelos seus companheiros, as mulheres do estudo de LIMA (2012), assumiram o cuidado de seus parceiros e muitas vezes acabaram por negligenciar o seu próprio cuidado.

A sexualidade foi amplamente afetada após o diagnóstico de HIV, chegando a casos mais extremos de aversão ao sexo com companheiro estável ou medo de ter novos relacionamentos, sentir-se suja, práticas de limpeza exacerbada da genitália e anular-se para a prática sexual foram mencionadas em suas narrativas. Não raro sentiram-se culpabilizadas pela contaminação, mesmo que o não uso de preservativo nas relações viesse da negativa por parte do companheiro de utilizar na alegação de manterem um relacionamento estável.

O viver com HIV impacta negativamente na autoestima das pessoas, há sentimentos de inutilidade, depreciação, sentimento de aversão a si, como sentir-se sujo, além de sentir vergonha de culpar-se pela condição de serem soropositivas (UNAIDS, 2019).

A negociação para o uso de preservativos, onde a prática sexual dentro das relações estáveis é tida como obrigação, é vista como certa ofensa pelo parceiro, banalização da violência sexual e doméstica tida como ato inerente a condição masculina, o desconhecimento de seu corpo e a

dependência financeira aumentam a vulnerabilidade das mulheres em relação a contaminação pelo HIV (LIMA, 2012).

A feminização do HIV/ AIDS, dada a partir dos anos 1990, aumentou as vulnerabilidades já existentes nesta população. Sentir-se culpada por ter contraído o vírus, medo do preconceito, fantasias punitivas e suspeita de infidelidade em relação ao companheiro circundam a imaginação dessas mulheres onde muitas precisam lidar com o isolamento social, estigma, falta de informações acerca da doença além de não poder contar com apoio familiar na maior parte das vezes (CAMPOS; SILVA, 2015).

A não aceitação por parte do companheiro em utilizar preservativos reforça a vulnerabilidade feminina nas relações estáveis e a histórica subordinação a qual estão expostas. Segurança financeira tornou-se apaziguadora das situações vividas no casamento e as violências sofridas no contexto familiar foram aceitas em prol da manutenção do casamento nas regras da sociedade patriarcal.

Um dos fatores relacionados à feminização do HIV/AIDS está na dificuldade em negociar o uso de preservativos. As mulheres estão submetidas historicamente e culturalmente a subordinação, sexo inseguro, casamento e a aceitação da violência no contexto familiar em prol da manutenção de seu casamento (LIMA; SCHRAIBER, 2013).

Apesar de o preservativo ser um método eficaz para prevenção do HIV, há aspectos que envolvem as relações de gênero e que fazem com que rotineiramente ele não seja utilizado (SANTOS et al., 2009).

Os resultados desse estudo apontam para itinerários de cuidado que envolvem muito mais do que a rede de saúde e o SUS, do que pontos de atenção especializada, hospitalar, referências e contra-referências, especialidades médicas ou laboratórios. O caminho de cuidado para essas mulheres amplia-se para as relações pessoais, muitas vezes fragilizadas ou destruídas pela doença, pela violência, pelos contextos sociais e culturais de mulheres vulnerabilizadas. Pensar itinerários de cuidado passa por reconectar os serviços de saúde com as experiências pessoais dessas mulheres, desenvolvendo estratégias de suporte social, de inclusão e reorganização de processos de trabalho que possam estar centrados nas pessoas e nas suas possibilidades e não apenas alicerçados em protocolos e emoldurados pela frieza das relações institucionais.

O itinerário de cuidado tem então múltiplos caminhos, diferentes atores e arranjos (incluindo medicamentos, suporte psicossocial, transporte, acesso facilitado às consultas, trabalho e renda, entre outros) mas claramente precisa estar apoiado nas relações de acolhimento, vínculo e de escuta, para possibilitar a (re)construção de caminhos de vida e de saúde para as mulheres que vivem com HIV.

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Escutar e acolher em sua plenitude essas mulheres com histórias de vidas tão marcadas pelo sofrimento foi um mergulho intenso em um mar de compaixão e de conhecimento.

Os mapas corporais construídos resgataram marcas intensas, muitas vezes adormecidas no seu inconsciente, e que expressaram o caminhar, o lutar e o viver dessas mulheres. Ainda que marcadas pelo estigma que a doença carrega, seguem suas vidas, vivendo com HIV, com a esperança de que em algum momento um dos maiores, se não o maior problema que elas enfrentam, o preconceito, seja banido da sociedade. Destaca-se que mapas corporais também podem ser compreendidos como produtos para educação em saúde, pois resultam de elaboração dos sentimentos e das experiências de vida das participantes e trazem temas importantes como a violência de gênero, a maternidade, o aleitamento materno, entre outros temas, que urgem serem discutidos nos espaços de cuidado em saúde.

Por este motivo, trabalhar com as equipes de saúde com a temática HIV/AIDS buscando a qualificação dos processos de trabalho e mitigando possíveis problemas de acesso a esses usuários foi um desacomodar-se e despir-se de preconceitos existentes e incutidos dentro dos espaços de cuidado.

Viver com HIV e ser mulher em uma sociedade reprodutora de desigualdades sociais e violência de gênero é com certeza desafiador. Faz-se necessário que as políticas públicas e serviços de saúde se conectem com esses usuários de forma mais intensa e olhem para suas dificuldades buscando amenizar as problemáticas existentes.

A construção dos produtos desse estudo se deu a partir das percepções advindas das construções dos mapas corporais narrados, relatos de vivências dessas mulheres e problemáticas existentes nos processos de trabalho da U.S. Partindo do entendimento de que a produção do cuidado em saúde para as PVHIV enquanto objeto de conhecimento e de intervenção, exige a participação de diferentes campos do saber, de diversas dimensões da experiência humana, de uma ampla e planejada atuação dos profissionais, buscando a construção de projetos terapêuticos singulares que atendam as demandas dessas pessoas de uma forma humanizada e acolhedora afinando as relações de cuidado e promovendo espaços de escuta e troca de saberes.

## 8 PRODUTOS TÉCNICOS

No cotidiano do trabalho em saúde nos deparamos com diversas necessidades de ensino e aprendizagem, porém a demanda que vem como uma avalanche nos cega e continuamos nosso percurso dentro de modelos tecnicistas focados em metas e números que estão longe de refletir o cuidado integral em saúde. Nesse mágico trilhar coletivo de aprendizagem e troca de saberes proporcionado pelo mestrado profissional, os produtos foram aos poucos se moldando. Após cada momento de construção dos mapas corporais narrados, observando, analisando e interpretando cada expressão ou fala advinda dessas mulheres os produtos foram tomando forma. Alguns produtos foram construídos através da observação do dia a dia na U.S e de discussões de casos envolvendo profilaxias e tratamentos para o HIV. Outros produtos vieram das angústias e sentimentos que as mulheres expressam em nossos encontros.

### 8.1. MATERIAL DIDÁTICO : FOLDER PROFILAXIA MEDICAMENTOSA CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV

Material informativo elaborado e distribuído em grupos de trabalho de forma online com informações a cerca de profilaxias pré e pós exposição ao HIV e locais onde são ofertadas. Esse material foi construído a partir de discussões de casos realizados na U.S e após a constatação de que os profissionais tinham dúvidas de quando ofertar as profilaxias e em muitos casos de que as mesmas existiam.

Figura 12 – Folder profilaxia medicamentosa contra a infecção pelo HIV





## VAMOS FALAR SOBRE PROFILAXIA MEDICAMENTOSA CONTRA A INFECÇÃO PELO HIV?

### VOCÊ CONHEÇA A PEP E A PREP? SABE ONDE ESTÃO DISPONÍVEIS EM PORTO ALEGRE?

#### PEP – PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV

- CONSISTE NA TOMADA DIÁRIA POR 28 DIAS DA COMBINAÇÃO DE TENOFOVIR+LAMIVUDINA E DOLUTEGRAVIR COMO PROFILAXIA PARA O RISCO DE INFECÇÃO PARA O HIV APÓS EXPOSIÇÃO.
- DEVEM FAZER USO DA PEP PESSOAS APÓS TEREM TIDO UM POSSÍVEL CONTATO COM O VÍRUS HIV EM SITUAÇÕES COMO:

1. VIOLÊNCIA SEXUAL;
2. RELAÇÃO SEXUAL DESPROTEGIDA OU COM ROMPIMENTO DO PRESERVATIVO;
3. ACIDENTE OCUPACIONAL COM INSTRUMENTOS PERFUROCORTANTES OU EM CONTATO DIRETO COM MATERIAL BIOLÓGICO.

- TRATA-SE DE UMA URGÊNCIA MÉDICA, QUE DEVE SER INICIADA PREFERENCIALMENTE NAS PRIMEIRAS DUAS HORAS APÓS A EXPOSIÇÃO E NO MÁXIMO EM ATÉ 72 HORAS

ENDEREÇOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO - DURANTE A SEMANA EM HORÁRIO COMERCIAL

SAE CENTRO - SANTA MARTA  
SAE CENTRO DE SAÚDE VILA DOS COMERCIÁRIOS  
SAE CENTRO DE SAÚDE IAPI - ÁREA 12

#### EM HORÁRIO NÃO COMERCIAL E EM FIM DE SEMANA

PRONTO ATENDIMENTO LOMBA DO PINHEIRO  
FONE: 3289.8245 E 3289.8243  
PRONTO ATENDIMENTO CRUZEIRO DO SUL  
FONE: 3289.4016  
PRONTO ATENDIMENTO BOM JESUS  
FONE: 3289.5438 E 3289.5404  
UPA - MOACYR SCLIAI  
FONE: 3368.1619  
HOSPITAL DA RESTINGA  
FONE: 3394.4700  
HOSPITAL FÊMINA ( PARA MULHERES)  
FONE: 3314.5200  
HOSPITAL MATERNO INFANTIL PRESIDENTE VARGAS (MULHERES E CRIANÇAS)  
FONE: 3289.3000

#### PREP- PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV

- CONSISTE NA TOMADA DIÁRIA DA COMBINAÇÃO DE TENOFOVIR + IMPEDINDO ASSIM QUE O VÍRUS CAUSADOR DA AIDS INFECTE O ORGANISMO.
- OS PÚBLICOS PRIORITÁRIOS PARA PREP SÃO AS POPULAÇÕES-CHAVE, QUE CONCENTRAM O MAIOR NÚMERO DE CASOS DE HIV NO PAÍS:

1. HOMENS QUE FAZEM SEXO COM HOMENS (HSH);
2. PESSOAS TRANS;
3. TRABALHADORES/AS DO SEXO;
4. PARCERIAS SORODIFERENTES.

- COMEÇA A FAZER EFEITO APÓS 7 DIAS DE USO PARA RELAÇÃO ANAL E 20 DIAS DE USO PARA RELAÇÃO VAGINAL.

ENDEREÇOS DOS SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO - SOMENTE DURANTE A SEMANA EM HORÁRIO COMERCIAL

SAE CENTRO - SANTA MARTA  
FONE: 3289.2926 E 3289.2925

SAE CENTRO DE SAÚDE VILA DOS COMERCIÁRIOS - ÁREA 11  
FONE: 3289.4082, 3289.4051 E 3289.4050

SAE CENTRO DE SAÚDE IAPI - ÁREA 12  
FONE: 3289.3435 E 3289.3414

#### REFERÊNCIAS:

WWW.AIDS.GOV.BR


MATERIAL ELABORADO POR  
ADRIANA ROSA SPADER - ENFERMEIRA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, MESTRANDA PPGNSAU - UFRGS  
FABIANA SCHNEIDER PIRES - PROFESSORA PERMANENTE PPG ENSAU-UFRGS  
MAIO/2021.



## 8.2 MATERIAL DIDÁTICO : FOLDER INFORMATIVO SOBRE HIV/AIDS


Material utilizado em sala de espera na Unidade de Saúde. Informativo impresso em forma de folder que está disponível na recepção da unidade de saúde e constitui material de sala de espera, atividade essa realizada por diversos atores como residentes em saúde mental, acadêmicos de enfermagem, estagiários de curso técnico, bolsistas do programa de educação pelo trabalho para a saúde – PET Saúde, agente de endemias. Alguns relatos que foram trazidos na construção dos mapas corporais trazem o compartilhamento de seringas para utilização de cocaína e a contaminação por HIV advindo deste ato, além das questões relacionadas ao preconceito em conviver com PVHIV. Outra situação que fez com que pensássemos na produção e divulgação deste material foi a postagem em redes sociais de funcionária amamentando o sobrinho e o quanto isso mesmo dentro do serviço de saúde ainda é visto como forma de doação, não tendo o entendimento de risco de transmissão de HIV.

Figura 13 – Folder informativo sobre HIV/AIDS





**VOCÊ JÁ REALIZOU SEU TESTE RÁPIDO PARA HIV?**

**É possível fazer o teste rápido em qualquer POSTO DE SAÚDE. Basta levar seu documento com foto e terá o diagnóstico na mesma hora.**




**VOCÊ SABIA QUE HIV E AIDS NÃO SÃO A MESMA COISA?**  
O HIV refere-se ao vírus da imunodeficiência humana. Esse vírus em estágio avançado pode levar à AIDS que afeta as células de defesa do organismo causando doenças graves podendo até levar a morte.





**COMO SE PEGA HIV?**  
A transmissão do HIV se dá por sexo oral, vaginal, anal, contato com sangue, na gravidez de mãe para filho e leite materno. **LEMBRE-SE:** Apenas a mãe deve amamentar seu bebê. Sendo importante fazer teste rápido durante a gravidez e na amamentação também.


**COMO NÃO É TRANSMITIDO?**  
A transmissão **NÃO OCORRE** abraçando, beijando, dividindo objetos como talheres ou alimentos. Ou seja, você não precisa afastar portadores de HIV da sua convivência.



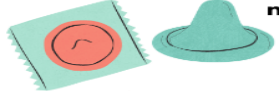
**O HIV NÃO TEM CURA, MAS TEM TRATAMENTO!**  
**CASO SEU TESTE DÊ POSITIVO É IMPORTANTE INICIAR O TRATAMENTO. ALGUNS CASOS PODEM SER TRATADOS NA PRÓPRIA UNIDADE DE SAÚDE.**




Iniciar o tratamento o mais breve possível pode evitar o desenvolvimento da **AIDS** e diminuir a chance de contaminar outras pessoas.





**Use sempre preservativos (masculino ou feminino) são de **GRAÇA** nos Postos de Saúde;**  
**Faça a testagem e aconselhamento para HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis são de **GRAÇA** nos Postos de Saúde.**



**Nunca compartilhe seringas ou agulhas injetáveis;**



**Ficou com dúvidas?  
Precisa de ajuda?  
Converse com um profissional de saúde!**

REFERÊNCIAS:  
WWW.AIDS.GOV.BR  
MATERIAL ELABORADO POR  
ADRIANA ROSA SPADER - ENFERMEIRA, SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE, MESTRANDA PPGNSAU - UFRGS  
FABIANA SCHNEIDER PIRES - PROFESSORA PERMANENTE PPG ENSAU - UFRGS

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

### 8.3 MATERIAL DIDÁTICO – DISTRIBUIÇÃO DE FÓRMULA LÁCTEA – MATERIAL EDUCATIVO E DE GESTÃO COM ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Crianças expostas aos vírus HIV e HTLV, pela impossibilidade da amamentação, recebem as fórmulas lácteas até completarem um ano de vida. Em Porto Alegre essa ação ocorre através do Projeto Nascer que fornece esses itens exclusivamente para crianças expostas aos vírus HIV e ou HTLV menores de 1 ano de idade.

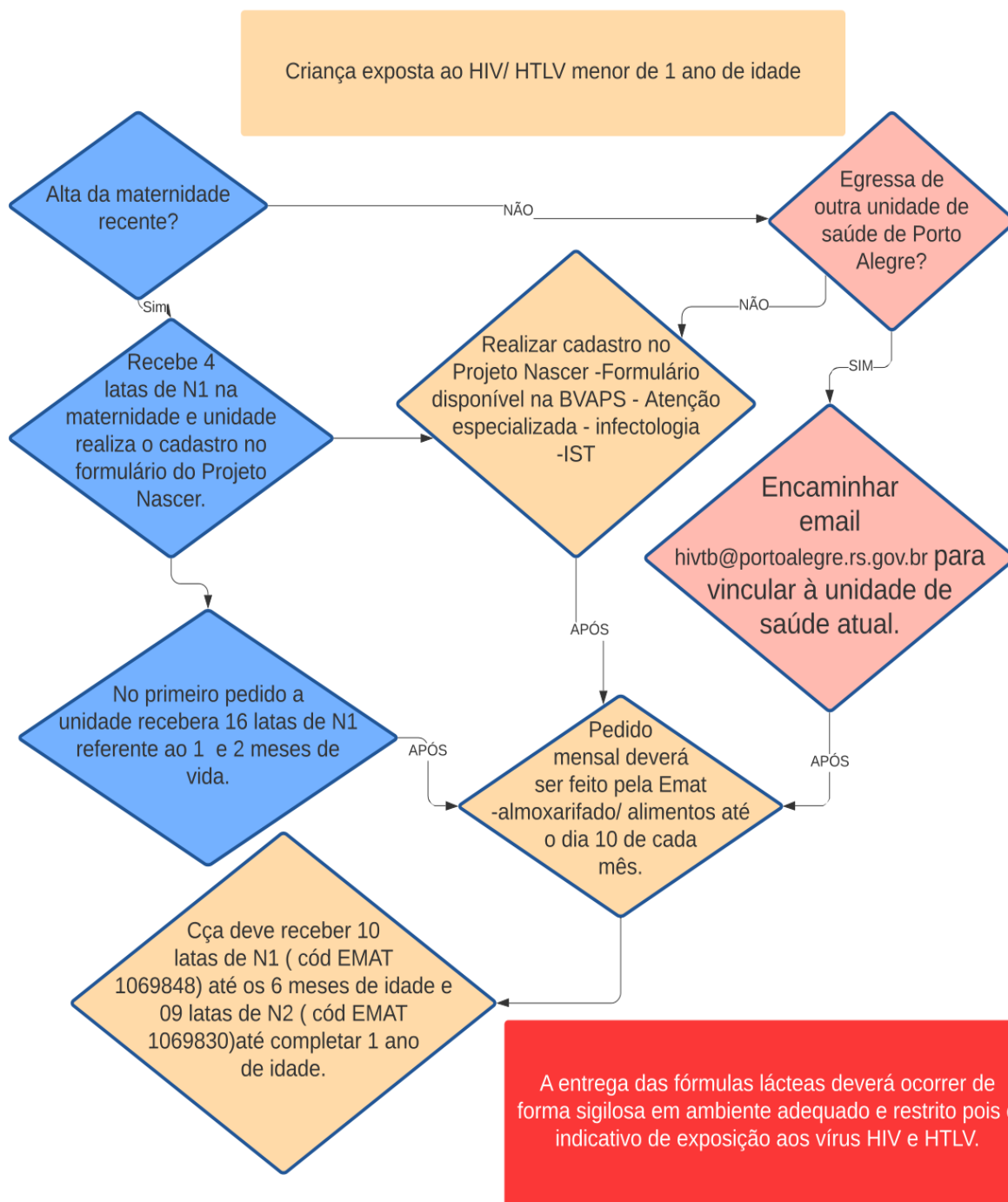
Material elaborado surgiu a partir da escuta de mulheres sobre o fornecimento das fórmulas lácteas na unidade de saúde e de que acreditam que algumas mulheres não buscam o benefício pois não há confidencialidade na entrega das latas.

A entrega destas fórmulas é vinculada tanto pelos funcionários da unidade de saúde quanto pelos usuários à infecção pelo vírus HIV. Funcionários não ligados à assistência direta à saúde, como serviço de portaria e higienização são moradores do bairro e conhecem, muitas vezes, as usuárias.

Com a rotatividade de profissionais presentes hoje na atenção primária à saúde do município não é raro que questionamentos acerca do cadastro e pedido destes insumos aparecem nos grupos de trabalho e mesmo havendo informações na biblioteca virtual em saúde do município, são extensas, em forma de texto e não enfatizam a importância de manter o sigilo no momento da entrega dos insumos.

Figura 14 Fluxograma para vinculação do RN exposto nas U.S

## FLUXOGRAMA PARA VINCULAÇÃO DO RN EXPOSTO NAS U.S



### REFERÊNCIAS:

Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre  
 Material Elaborado por  
 Adriana Rosa Spader – Enfermeira, SMS, Mestranda PPGENSAU – UFRGS  
 Fabiana Schneider Pires – Professora Permanente PPGENSAU- UFRGS

#### 8.4 OFICINA COM MULHERES : DESENVOLVIMENTO DE AÇÕES DE CUIDADO

As oficinas ocorreram em espaços distintos e agregaram momentos de cuidado às mulheres relacionados ao câncer de mama, colo de útero, saúde da população negra e HIV/ AIDS.

Oficinas são momentos em grupo que reúnem pessoas focadas em um tema específico, busca aprofundar conhecimentos sobre a temática e deve ser orientada por um especialista (ANASTASIOU, 2004).

As temáticas foram expostas por profissionais diversos e após as dinâmicas essas mulheres foram convidadas a realizar seus exames de rotina, como citopatológico de colo uterino, mamografia e testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C.

Ao iniciarmos a oficina sobre HIV/ AIDS as mulheres foram convidadas a escrever e um papel uma palavra ou frase que representasse para elas o HIV/ AIDS , utilizando a metodologia de ensino e aprendizagem tempestade cerebral.

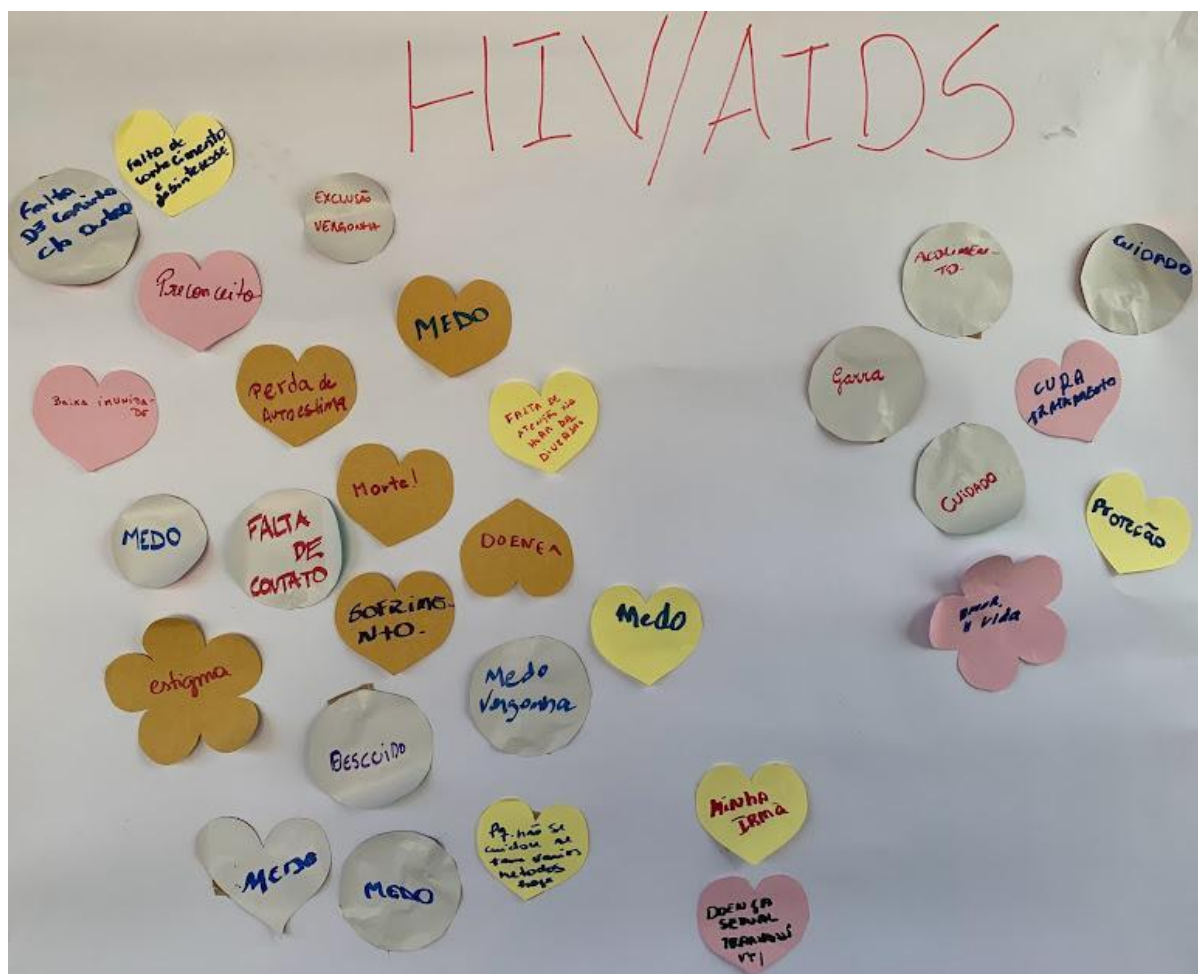
Tempestade cerebral é uma metodologia de ensino e aprendizagem que desperta nos participantes uma rápida vinculação com o tema a ser trabalhado. Pode ser realizada de forma oral ou escrita e não existe resposta certa ou errada (ANASTASIOU, 2004).

A partir da construção das ideias advindas da tempestade cerebral iniciou-se um momento de discussão, aprofundamento na temática e troca de experiências na busca de mitigar os efeitos advindos do viver com HIV/ AIDS, violência de gênero, contaminação em relacionamentos estáveis e aumento desta contaminação na terceira idade. Buscou-se também trabalhar com essas mulheres questões relacionadas ao preconceito e ao estigma que permeiam as PVHIV/ AIDS.

As representações que surgiram foram: falta de carinho com o outro, falta de conhecimento e desinteresse, exclusão, vergonha, preconceito, medo, perda de auto-estima, baixa imunidade, morte, falta de contato, estigma, doença, falta de atenção na hora da diversão, descuido, sofrimento, porque não se cuidou se têm vários métodos hoje, doença sexualmente transmissível, minha irmã, acolhimento, garra, cuidado, proteção, amor a vida, cura e tratamento.

Figura 15 – Tempestade cerebral





Fonte: Material da pesquisa, 2021.

Figura 16 - Oficina com mulheres



Fonte : Material da pesquisa, 2021.

## 8.5 AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

Os materiais elaborados além de serem distribuídos em grupos de trabalho da Unidade de saúde, coordenadores, gerentes e enfermeiros da gerência LENO foram apresentados e discutidos em reunião de enfermeiros ocorrida no mês de setembro de 2021 de forma virtual e na reunião de equipe da unidade de saúde no mês de outubro de 2021 de forma presencial, em uma atividade de Educação Permanente em Saúde (EPS).

A EPS é definida pelo Ministério da Saúde como:

É uma estratégia político-pedagógica que toma como objeto os problemas e necessidades emanadas do processo de trabalho em saúde e incorpora o ensino, a atenção à saúde, a gestão do sistema e a participação e controle social no cotidiano do trabalho com vistas à produção de mudanças neste contexto. (BRASIL, 2018e, p.13).

As reuniões de enfermeiros da GD LENO e as reuniões de equipe da U.S Chácara da Fumaça ocorrem uma vez ao mês e nelas são discutidos processos de trabalho e apresentados informes acerca de assuntos pertinentes aos serviços da atenção primária. Na busca de qualificar e aperfeiçoar os processos de trabalho, a EPS possibilita espaços de reflexão, autogestão, transformação das práticas nos serviços visando a melhoria de acesso e humanização nos serviços de saúde (BRASIL, 2018e). Nesses espaços de troca de saberes buscou-se a reflexão no grande grupo sobre como estamos atendendo as PVHIV na UBS Chácara da Fumaça.

Figura 17 - Atividade de EPS Equipe U.S Chácara da Fumaça



Fonte : Material da pesquisa, 2021.

## REFERÊNCIAS

- ADAMS, L. V.; WOELK, G.B. Tuberculosis and HIV/AIDS. In: MARKLE, W. H. ; FISCHER, M. A.; SMEGO JR. (Org.). **Understanding Global Health**. Second Edition. Tradução: GUEDES, A.H.M.M. Revisão técnica: STEIN, A.T. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 263-299.
- ALMEIDA, M. R. C. B.; LABRONICI, L.M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, Mar. 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000100030&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 20 jun. 2020.
- ANASTASIOU, L. G. C.; ALVES, L. P. **Estratégias de ensinagem**. 2004. Disponível em: [https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1390223/mod\\_resource/content/1/anastasiou.pdf](https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1390223/mod_resource/content/1/anastasiou.pdf). Acesso em: 07 out. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Controle do HIV/aids: a experiência brasileira 1994 -1998**. Brasília, 1999. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv\\_aids\\_exp\\_bras.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hiv_aids_exp_bras.pdf). Acesso em: 19 dez. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2104, de 19 de novembro de 2002**. Brasília, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104\\_19\\_11\\_2002.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt2104_19_11_2002.html). Acesso em: 26 set. 2021.
- BRASIL. Rede Feminista de Saúde. **Igualdade de gênero e HIV/AIDS: Uma política por construir**. UNIFEM, 2003a. Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/Homepage/Cartilhas/Igualdade%20de%20G%EAnero%20e%20HIV%20Aids%20uma%20pol%EDtica%20por%20construir.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critérios de definição de casos de aids em adultos e crianças**./ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília : Ministério da Saúde, 2003b.
- BRASIL. Programa Nacional de DST e Aids – Ministério da Saúde. **Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST**. Brasília, 2007. Disponível em: [https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/bie\\_brasil\\_plano\\_feminizacao\\_aids.pdf](https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/bie_brasil_plano_feminizacao_aids.pdf). Acesso em: 01 maio 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n.º 4279/ GM/MS, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279\\_30\\_12\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html). Acesso em: 01 jan. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico, v.43, mar. 2012a**. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2014/julho/23/BE-2012-43--1--pag-8-a-10-Aids-no-Brasil.pdf>. Acesso em: 23 out.2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro**



de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, Diário Oficial da União, 12 dez. 2012b. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 05 fev. 2020.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST Ano II - nº 1 - até semana epidemiológica 26ª - dezembro de 2013**a ISSN: 1517-1159 Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais SAF SUL Trecho 2 Bloco F - Torre I - Ed. Premium - Andar Auditório - sala 4 CEP 70070-600 - Brasília – DF.

BRASIL . Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/images/pdf/2014/maio/12/protocolo-manejo-HIV-adultos-2013.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O Manejo da infecção pelo HIV na atenção básica** : manual para profissionais médicos. Brasília : Ministério da Saúde, 2015a. 24 p. : il. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/o-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-na-atencao-basica-para-profissionais-medicos>. Acesso em: 18 out. 2019.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A atenção primária e as redes de atenção à saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2015b. 127 p. Disponível em: <https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela atenção básica** : manual para a equipe. Brasília : Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/cuidado-integral-pessoas-que-vivem-com-hiv-pela-atencao-basica>. Acesso em: 12 dez. 2019.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Prevenção Combinada do HIV/Sumário Executivo**/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília : Ministério da Saúde, 2018a. 412 p. : il. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em: 20 out. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico, v.49 nov. 2018**b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>. Acesso em: 18 mar. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST do HIV/AIDS e das hepatites virais. Coordenação de vigilância das ISTs, HIV/AIDS e hepatites virais. **Nota informativa nº 03/2018c**. Apresenta as recomendações de substituição (switch) de esquemas de terapia antirretroviral contendo ITRNN ou IP/r por dolutegravir, para pessoas vivendo com HIV com supressão viral maiores de 12 anos de idade. Disponível em: [http://azt.aids.gov.br/informes/Informe%2009\\_18%20-%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2003\\_18%20switch%20de%20esquemas%20com%20ITRN%20e%20IP.r%20por%20DTG.pdf](http://azt.aids.gov.br/informes/Informe%2009_18%20-%20Nota%20Informativa%20n%C2%BA%2003_18%20switch%20de%20esquemas%20com%20ITRN%20e%20IP.r%20por%20DTG.pdf). Acesso em: 04 abr. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento?** Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde – 1. ed. rev. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018e. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_educacao\\_permanente\\_saude\\_fortalecimento.pdf](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude_fortalecimento.pdf). Acesso em: 26 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico Especial, dez. 2019a**. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/images/pdf/2019/novembro/29/Boletim-Ist-Aids-2019-especial-web1.pdf>. Acesso em: 05 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. **Guia de Vigilância em Saúde : volume único [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços. – 3ª. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis (IST)**. Brasília : Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt\\_ist\\_final\\_revisado\\_020420.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1](http://www.aids.gov.br/system/tdf/pub/2016/57800/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf?file=1&type=node&id=57800&force=1) .Acesso em : 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico Especial dez 2020b**. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>. Acesso em : 04 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pós-Exposição (PEP) de Risco à Infecção pelo HIV, IST e Hepatites Virais**. – Brasília : Ministério da Saúde, 2021.

BREGA *et al.* AIDS: um breve panorama sobre aspectos epidemiológicos, antropológicos, clínicos e a situação atual no Brasil. **Revista Científica FAGOC-Saúde**, v. 2, n. 1, p. 40-49, 2017. Disponível em: <https://revista.fagoc.br/index.php/saude/article/view/210>. Acesso em 10 jan. 2020.

BRILHANTE, A. V. M. *et al.* Um estudo bibliométrico sobre a violência de gênero. **Saude soc.**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 703-715, Sept. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902016000300703&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902016000300703&lng=en&nrm=iso). Acesso em 05 jun. 2020.

CABRAL, A. L. L. V. *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, Nov. 2011. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011001200016&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 set. 2020.

CAPRARA, A.; LANDIM, L.P. Etnografia: seus usos, potenciais e limites na pesquisa em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, junho de 2008. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200011&lng=en&nrm=iso). Acesso em 19 jun. 2020.

CARVALHAES, F. F. Subjetividade e Aids: doença e militância na trajetória de mulheres hiv+. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 62, n. 2, p. 115-128, 2010. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S180952672010000200011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S180952672010000200011&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 28 jun. 2020.

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV / Aids em situação de violência. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 4, p. 1087-1103, dez. De 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312017000401087&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312017000401087&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 28 jun.2020.

CECILIO, L. C. de O. O agir leigo e o cuidado em saúde: a produção de mapas de cuidado. **Cadernos de Saúde Pública**, [S.L.], v. 30, n. 7, p. 1502-1514, jul. 2014. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/csp/2014.v30n7/1502-1514/pt/>. Acesso em: 31 ago. 2020.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D. Dicionário de análise do discurso. Contexto, 2014. COHEN, M. S. *et al.* Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **N Engl J Med** 2011 ; 365: 493 - 505. Disponível em: <http://search.ebscohos.com/login.aspx?direct=true&db=edshld&AN=edshld.1.26667502&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 24 out. 2019.

COHEN, M. S.; GAY, C. L. Treatment to prevent transmission of HIV-1. **Clinical Infectious Diseases**, v. 50, n. Supplement\_3, p. S85-S95, 2010. Disponível em: [https://academic.oup.com/cid/article/50/Supplement\\_3/S85/322265](https://academic.oup.com/cid/article/50/Supplement_3/S85/322265). Acesso em: 03 jan. 2020.

DELVA, W. *et al.* HIV treatment as prevention: optimising the impact of expanded HIV treatment programmes. **Plos medicine**, v. 9, n. 7, 2012. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1001258>. Acesso em: 02 jan. 2020.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Características da**

**população e dos domicílios:** resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2011. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf). Acesso em: 10 jan.2020.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.(IBGE). **Estatísticas de gênero:** uma análise dos resultados do censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1o de julho de 2019.** Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados/rs/porto-alegre.html>. Acesso em 09 fev. 2021.

GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S.S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.L.], v. 64, n. 6, p. 1022-1027, dez. 2011. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/VsMxFZ7j3XKGd3bSnKDHGCS/?lang=pt&format=html>. Acesso em: 25 set. 2021.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude soc.**, São Paulo, v. 19, supl. 2, p. 9-20, Dec. 2010 . Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010412902010000600003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902010000600003&lng=en&nrm=iso). Acesso em 04 mar. 2020.

GASTALDO, D.; MAGALHAES, L.; CARRASCO, C.; DAVY, C. **Body-Map Storytelling as Research:** Methodological considerations for telling the stories of undocumented workers through body mapping. 2012. Disponível em: <http://www.migrationhealth.ca/undocumented-workers-ontario/body-mapping>. Acesso em: 11 nov. 2019.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia.** 1. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2000.

GERHARDT, T. E. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cafajeste. Saúde Pública** , Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, pág. 2449-2463, novembro de2006. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2006001100019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2006001100019&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 02 set. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** [s. l.], 2017. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsmib&AN=edsmib.000011660&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 02 jan. 2020.

GOFFMAN, Erving. **Estigma:** notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 3, n.19. 2011. Disponível em: [https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt\\_06](https://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06). Acesso em: 20 fev. 2020.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença.** 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KALIL, I. R; AGUIAR, A, C de. Silêncios nos discursos pró-aleitamento materno: uma análise na

perspectiva de gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 25, p. 637-660, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/JfhzM9SXMSGKTD55WnTXwJy/abstract/?lang=pt>. Acesso em 11 nov. 2021.

KLEINMAN, A. Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. **Social Science & Medicine. Part B: Medical Anthropology**, [S.L.], v. 12, p. 85-93, jan. 1978. Elsevier BV.

KUSCHNIR, R; CHORNY, A.H.. Redes de atenção à saúde: contextualizando o debate. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2307-2316, Aug. 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232010000500006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 17 jul. 2020.

MIRANDA, A. E. et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n. 9, p. e00118215, 2016.

LEMOS, C. T.; ECCO, C. Religião, sexualidade e família: o caso em que um dos parceiros é soropositivo para o hiv (religion, sexuality and family. **Horizonte**, Belo Horizonte, v. 12, n. 34, p. 568-588, 29 jun. 2014. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais. <http://dx.doi.org/10.5752/p.2175-5841.2014v12n34p568>. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4793919>. Acesso em: 23 set. 2021.

LIMA, M. **Vulnerabilidade de gênero e mulheres vivendo com HIV e Aids**: repercussões para a saúde. 2012. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

LIMA, M. ; SCHRAIBER, L. B. Violência e Outras Vulnerabilidades de Gênero em Mulheres Vivendo com HIV/Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 947-960, dez. 2013. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2013000300011&lng=pt&nrm=iso), Acesso em: 27 jun. 2020.

LOURENCO, G. O.; AMAZONAS, M. C. L. A.; LIMA, R. D. M. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 30, p. 262-281, dez. 2018. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S198464872018000300262&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198464872018000300262&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 01 mar. 2020.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **Redes de atenção à saúde**: rumo à integralidade. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 52, p. 15-37, out. 2014. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/edicoes-2015/is-n-01/352-atencao-a-saude>. Acesso em 10 jul. 2020.

MATOS, J. A. V. SILVA, K. L.; GARCIA, M.C. O mapa corporal narrado: relato de experiência de pesquisa com aporte teórico de Bourdieu. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, e20170407, 2018.

MCGRATH, J. *et al.* AIDS and the urban family: its impact in kampala, uganda. **Aids Care**, [S.L.], v. 5, n. 1, p. 55-70, jan. 1993. Informa UK Limited.

MELO L. G. **Mapas Corporais Narrados em Homens em Situação de Rua**. 2020. 188 f., il. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura)—Universidade de Brasília, Brasília, 2020.

MINAYO, M.C.S. Pesquisa social - Teoria, método e criatividade. [s. l.]: **Editora Vozes**, [s. d.]. ISBN 9788532611451. 1994. Disponível em: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cat07010a&AN=peb.9788532611451&lang=pt-br&site=eds-live>. Acesso em: 10 fev. 2020.

MOCELLIN, L. P. *et al.* Caracterização dos óbitos e dos itinerários terapêuticos investigados pelo Comitê Municipal de Mortalidade por Aids de Porto Alegre em 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 3, e2019355, 2020. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S223796222020000300308&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S223796222020000300308&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 26 jun. 2020.

MONTANER, J. S. G. Treatment as prevention: toward an AIDS-free generation. Topics In **Antiviral Medicine**, [s. l.], v. 21, n. 3, p. 110–114, 2013. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cmedm&AN=23981598&lang=ptbr&site=eds-live>. Acesso em: 10 jan. 2020.

MURASAKI A. K. *et al.* Juventude, homossexualidade e diversidade: um estudo sobre o processo de sair do armário usando mapas corporais. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional-Brazilian Journal of Occupational Therapy**, 2016.

OKAREH, O. T. *et al.* Management of conflicts arising from disclosure of HIV status among married women in southwest Nigeria. **Health Care Women International**. Washington, v. 36, n. 2, p. 149-60, 2015.

OLIVEIRA, M.M.D.; JUNQUEIRA, T.L.S. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**, [S.L.], v. 28, n. 3, 2020. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361140>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RFFQyq48WQYqXVMzFM8pxPG/?lang=pt#>. Acesso em: 25 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta par su implementación en las Américas**. Washington, DC: HSS; OPS; OMS, 2010. (Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas). Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31323/9789275331163-spa.PDF?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em 19 jul. 2020.

PARKER; E.; AGGLETON, P. Estigma, Discriminação e Aids. **Coleção ABIA**, Cidadania e Direitos. 2 ed.. Rio de Janeiro, Associação Brasileira Interdisciplinas de Aids - ABIA, 2021. Disponível em: <https://abiuids.org.br/wp-content/uploads/2021/05/livro-digital-final-ESTIGMA-DISCRIMINA%C3%87%C3%83O-E-AIDS-pagina-espelhada-10052020.pdf>. Acesso em: 05 mar.2021.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 1201-1208, 2010. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232010000700029](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700029). Acesso em: 02 jan. 2020.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal de Porto Alegre. **Decreto n. 12243, de 8 de fevereiro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 4454, de 19 de setembro de 1978, a Lei nº 6442, de 11 de setembro de 1989, alterada pela Lei nº 7631, de 04 de julho de 1995 e pela Lei nº 7820, de 19 de julho de 1996, a Lei nº

5624, de 18 de setembro de 1985, dando novo ordenamento ao benefício de gratuidade no Sistema de Transporte Público de Passageiros de Porto Alegre — STPOA, adequando-o à nova legislação municipal e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000012622.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&SECT1=TEXT>. Acesso em 01 out. 2021.

PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão 1º quadrimestre – 2014**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2014a. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatorio\\_gestao\\_1\\_quadrimestre\\_de\\_2014.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatorio_gestao_1_quadrimestre_de_2014.pdf). Acesso em: 02 fev. 2020.

PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão 3º quadrimestre – 2014**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2014b. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/rg3qudri2014.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/rg3qudri2014.pdf). Acesso em 02 fev. 2020.

PORTO ALEGRE. Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico, v.71 nov. 2018**. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu\\_doc/boletimepidemiologico-cgvs-sms-pmpa-71.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletimepidemiologico-cgvs-sms-pmpa-71.pdf). Acesso em 01 jan. 2020.

PORTO ALEGRE. **Relatório de gestão 2º quadrimestre – 2020**. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, 2020. Disponível em: [http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu\\_doc/relatoriogestao\\_2quadri2020\\_atualizado.pdf](http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/relatoriogestao_2quadri2020_atualizado.pdf). Acesso em 10 fev. 2020.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. **Estrutura**. 2021a. Disponível em: [http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p\\_secao=808](http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=808). Acesso em: 10 fev. 2021.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde . **8ª conferência municipal de saúde. Leste/Nordeste**. 2021 b. Disponível em: <https://prefeitura.poa.br/sms/8a-conferencia-municipal-de-saude/leste-nordeste>. Acesso em 10 fev. 2021.

REIS, A.K. *et al.* O NÃO AMAMENTAR PARA MULHERES COM HIV/AIDS: um olhar pela fenomenologia / the non-breastfeeding living for hiv-positive women. **Brazilian Journal Of Development**, [S.L.], v. 6, n. 10, p. 79114-79122, 2020. Brazilian Journal of Development. Disponível em: <https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/18388/14843>. Acesso em: 26 set. 2021.

RENESTO, H. M. F. *et al.* Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública** [online]. 2014, v. 48, n. 1 pp. 36-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/jHz7tDnWndCv7zSmPmVYJ3d/?lang=pt>. Acesso em: 28 fev. 2020.

ROSALDO, R. **Culture & Truth: The remaking of social analysis**. 1. ed. Boston: Beacon Press, 1993.

RODRIGUES, M; MAKSUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com hiv/aids. **Saúde em Debate**, [S.L.], v. 41, n. 113, p. 526-538, abr. 2017. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sdeb/2017.v41n113/526-538/>. Acesso em: 28 set. 2021.

SANTO, C. C. E.; GOMES, A.; OLIVEIRA, D. A espiritualidade de pessoas com HIV/aids: um estudo de representações sociais. **Revista de Enfermagem Referência**, [S.L.], v. , n. 10, p. 15-24, 16 jul. 2013.

Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239969002>. Acesso em: 23 set. 2021.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 25, n. sup. 2, p. 321-332, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yzrzd4rn3s8CNfpvVcW7S3m/?lang=pt#>. Acesso em 04 mar.2021.

SCOTT, J. Gênero: uma Categoria Útil de Análise Histórica. **Educação e Realidade**. 20 (2), p.71-99, 1995. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009001400014](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009001400014). Acesso em: 04 jan. 2020.

STEFANELLI, M. C.; GUALDA, D. M. R.; FERRAZ, A. . A Convivência familiar do portador do HIV e do doente com AIDS. **Família, Saúde e Desenvolvimento**, [S.L.], v. 1, n. 1, p. 67-74, 31 dez. 1999. Universidade Federal do Parana. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/refased/article/view/4856>. Acesso em: 25 set. 2021.

TRIVINUS, A.N.S **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UNAIDS. **90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS** [Internet]. Genebra; 2015. Disponível em: [http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015\\_11\\_20\\_UNAIDS\\_TRATAMENTO\\_META\\_PT\\_v4\\_GB.pdf](http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf). Acesso em 27 jun. 2020.

UNAIDS. **Sumário Executivo. Índice de Estigma em relação às pessoas vivendo com HIV/AIDS – BRASIL 2019**. Disponível em: [https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019\\_12\\_06\\_Exec\\_sum\\_Stigma\\_Index-2.pdf](https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2019/12/2019_12_06_Exec_sum_Stigma_Index-2.pdf). Acesso em: 26 set. 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). Faculdade de Medicina. Programa de PósGraduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS (TelessaúdeRS-UFRGS). **TeleCondutas: HIV: acompanhamento e tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS na Atenção Primária à Saúde: versão digital 2020**. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 10 jul. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/teleconsultoria/0800-644-6543/#telecondutas-0800>. Acesso em: 16 jul. 2020.

WARWICK, I. *et.al.* Household and community responses to HIV and AIDS in developing countries. **Critical Public Health**, [S.L.], v. 8, n. 4, p. 311-328, dez. 1998.

WHO. **Update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens**. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019 (WHO/CDS/HIV/19.15). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1238289/retrieve>. Acesso em: 05 maio 2020.

WILSON, D. P. *et al.* The paradoxical effects of using antiretroviral-based microbicides to control HIV epidemics. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 105, n. 28, p. 9835-9840, 2008. Disponível em : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18606986/>. Acesso em: 01 abr. 2021



## **ANEXO A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO- TCLE**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “MAPAS CORPORAIS NARRADOS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE MULHERES VIVENDO COM HIV E SEUS ITINERÁRIOS DE CUIDADO” realizada por Adriana Rosa Spader, enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sob orientação da professora Fabiana Schneider Pires. O objetivo desta pesquisa é compreender o viver com HIV no dia-a-dia das mulheres com HIV e identificar os caminhos das mulheres para seu cuidado nas redes de atenção à saúde. Na rede de atenção estão os hospitais, as unidades de saúde, os laboratórios para exames, por exemplo. Neste estudo falaremos sobre os locais onde as mulheres buscam tratamento (postos de saúde, hospitais, enfermaria ou outros) e também onde as mulheres encontram ajuda para “levar sua vida” (por exemplo igreja, centro comunitário, grupos familiares ou de amigos/amigas, rodas de conversa na unidade de saúde, entre outros). A sua participação é voluntária e a não participação ou desistência não trará nenhum prejuízo pessoal ou para seu tratamento e sua participação na pesquisa não tem despesas para você. Nesta pesquisa serão realizados encontros para o desenho do seu corpo em tamanho real (em papel) e através deste desenho você está convidada a contar sobre os cuidados de saúde. Esclarecemos que o convite é para participar de três encontros (cada um com um tempo entre 45 e 60 minutos), agendados de acordo com sua disponibilidade e em ambiente com sigilo e anonimato (na unidade de saúde Chácara da Fumaça em Porto Alegre/RS). Serão respeitados os protocolos para evitar contaminação pelo vírus da Covid-19: distanciamento social, uso de máscara, uso de touca e de proteção para os sapatos, uso de álcool em gel 70% para higienização (fornecidos pelo projeto de pesquisa). Talvez você sinta algum desconforto durante os encontros (timidez, ansiedade, medos, vergonha, entre outros). As pesquisadoras estarão atentas e disponíveis para você falar sobre seus sentimentos e assim diminuir estes riscos, pelo acolhimento (escuta e compreensão) destes sentimentos pelas pesquisadoras e pela possibilidade de atendimento em saúde mental na unidade de saúde Chácara da Fumaça em Porto Alegre/RS (que será providenciado pela pesquisadora Adriana Spader, atualmente enfermeira da equipe de saúde desta unidade). Se você considerar que a pesquisa está causando desconforto ou constrangimento, você pode se retirar a qualquer momento e sem nenhum prejuízo para você ou para seu tratamento de saúde. Você pode falar dos seus sentimentos em relação à pesquisa a qualquer momento e também pode desistir de participar ou retirar este consentimento. Este estudo poderá resultar em benefícios, mesmo que indiretamente, para você, tais como: melhorar a rede de atenção à saúde, melhorar o trabalho

da equipe de saúde no cuidado ao HIV, diminuir o preconceito com os pacientes HIV, melhorar o trabalho na unidade de saúde. Em uma pesquisa, os resultados podem ser divulgados em revistas científicas, como publicação de artigos científicos, em capacitações (cursos) para profissionais de saúde, apresentações em eventos científicos, ou mesmo ser utilizado como material de apoio didático, no entanto asseguramos que sua identidade será sempre mantida em sigilo. Esclarecemos que as informações produzidas através da construção dos mapas corporais (desenhos feitos pelas mulheres participantes) e das narrativas gravadas (a entrevista, a conversa com as pesquisadoras) serão utilizadas para a construção das conclusões da pesquisa. A qualquer tempo da pesquisa as participantes podem obter informações atualizadas. Como participante, a qualquer momento, você pode solicitar mais informações às pesquisadoras pelos telefones 51 33861166 e e-mail drikaduda@gmail.com. e/ou (51) 999115 7777 e-mail: fabiana.schneider@ufrgs.br. Caso sinta necessidade, também pode solicitar informações ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFRGS, no telefone (51) 3308 3738 pelo e-mail: etica@propesq.ufrgs.br ou no Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde de Porto Alegre/RS, telefone (51) 3289 5517 ou pelo e-mail cep\_sms@hotmail.com.br e cepsms@sms.prefpoa.com.br.

Eu, \_\_\_\_\_ (participante), fui informada e esclarecida sobre os objetivos e métodos da pesquisa e concordo em participar deste estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e fui informada com clareza de que tenho sempre a oportunidade de ler, perguntar e esclarecer minhas dúvidas.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Participante

\_\_\_\_\_

Pesquisado

## ANEXO B - ENTREVISTA – QUESTÕES NORTEADORAS

Projeto de pesquisa: **“MAPAS CORPORAIS NARRADOS: Um estudo de caso sobre mulheres vivendo com HIV e seus itinerários de cuidado”**

Idade:

Escolaridade:

Raça/Cor:

Ano de descoberta da infecção por HIV:

Questões Norteadoras :

1. Como foi descobrir a infecção pelo HIV? Quais seus sentimentos e se sentiu preocupações?
2. Conte sobre os locais onde você é atendida para tratar a infecção pelo HIV (os itinerários nas redes de atenção à saúde) a partir da descoberta da infecção.
3. Como você enxerga seus tratamentos (ou itinerário de cuidado) em relação ao HIV e demais agravos de saúde?
4. Você considera que sua vida mudou depois do diagnóstico da infecção pelo HIV? Quais são estas mudanças?
5. Como você tem 'levado a vida' após o diagnóstico, as relações familiares, de trabalho, afetivas entre outras?

## APÊNDICE A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MAPAS CORPORAIS NARRADOS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE MULHERES VIVENDO COM HIV E SEUS ITINERARIOS NAS REDES DE ATENCAO A SAUDE

**Pesquisador:** fabiana schneider pires

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41510620.2.3001.5338

**Instituição Proponente:** Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.653.189

#### Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIAS

O HIV é um retrovírus que estabelece uma infecção permanente nas células. Ataca as células de defesa do organismo, linfócitos e glóbulos brancos, enfraquecendo o sistema imune. Porto Alegre, no ano de 2018, apresentou coeficiente de mortalidade por AIDS (22,5 óbitos/100.000 hab.) cinco vezes maior que o coeficiente nacional (4,4 óbitos/100.000 hab.), enquanto o Rio Grande do Sul apresentou coeficiente de mortalidade por AIDS de 7,8 óbitos/100.000 habitantes. A partir da descentralização do tratamento do HIV para a atenção primária em 2014, as unidades de saúde tiveram que redesenhar seu processo de trabalho e olhar de forma integral para esses usuários antes tratados em serviços especializados. O objetivo geral do estudo é compreender as percepções sobre o viver com HIV e seus efeitos no cotidiano de mulheres e seus itinerários terapêuticos na rede de atenção primária de saúde no município de Porto Alegre/RS. Ao compreender a percepção de mulheres sobre o viver com HIV e seus efeitos, a rede de atenção primária em saúde pode redesenhar os percursos, ampliar a abordagem interprofissional e intersetorial do cuidado em saúde e qualificar o processo de trabalho das equipes de atenção primária. Esta é a principal justificativa deste estudo, unindo-se à perspectiva de construção de produtos inovadores para a saúde de mulheres vivendo com HIV, tanto no singular itinerário quanto na perspectiva coletiva da produção de cuidado nas redes de atenção em saúde. O estudo será de caráter exploratório descritivo, tipo estudo de caso e o instrumento utilizado será a

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.653.189

construção do mapa corporal narrado (body map storytelling).

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário: Compreender as percepções sobre o viver com HIV e os itinerários de cuidado de mulheres vivendo com HIV no município de Porto Alegre/RS.

Objetivo Secundário: a) Descrever a rede de atenção à saúde para mulheres vivendo com HIV no município de Porto Alegre/RS. b) Identificar os itinerários de cuidado de mulheres vivendo com HIV nas redes de atenção à saúde no município de Porto Alegre/RS. c) Conhecer potencialidades e desafios nos itinerários de cuidados de mulheres que vivem com HIV município de Porto Alegre/RS .d) Compreender os efeitos sobre o viver com HIV no cotidiano de mulheres que vivem com HIV município de Porto Alegre/RS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: O estudo considera que os riscos para as participantes são o constrangimento em falar e expor seus medos e inseguranças, bem como possíveis quadros de ansiedade, tristeza ou outros sentimentos relacionados ao fato de falarem de si, de seus afetos de seus corpos, seus desejos e perspectivas de vida. Tendo em vista a necessidade de suporte para as participantes frente a possíveis situações de desconforto psicológico (timidez, ansiedade, medos, vergonha, entre outros), serão oferecidos o acolhimento destes sentimentos pelas pesquisadoras e a possibilidade de atendimento em saúde mental na própria unidade de saúde cenário do estudo.

Benefícios: Os mapas corporais narrados representam a aposta em uma metodologia que contribui com a participação dos atores sociais e, simultaneamente, compromete-se com o desenvolvimento científico. A partir da sua utilização, será possível verificar como os corpos são expressos, sem reduzi-los à imagem corporal, mas como representação objetiva do corpo produzido em contínua interação com o outro. Individualmente, a realização dos MCN e as questões norteadoras da entrevista podem proporcionar às participantes oportunidades para manifestarem suas percepções sobre si, sobre o viver com HIV, sobre preconceitos sofridos e, ao mesmo tempo, as representações que permeiam seus discursos e remetem a ideias que são produzidas social e culturalmente. Para os serviços de saúde considera-se que os resultados poderão melhorar a rede de atenção à saúde, qualificar a equipe de saúde sobre questões relacionadas ao HIV, diminuir o preconceito com os pacientes HIV e adequar os processos de trabalho na unidade de saúde.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

1) Título: Mapas Corporais Narrados: Um estudo de caso sobre mulheres vivendo com HIV e seus

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.653.189

itinerários nas redes de atenção à saúde

- 2) Pesquisador responsável: Fabiana Schneider Pires
- 3) Assistentes de pesquisa: Cristine Maria Warmling, Adriana Rosa Spader
- 4) Nível da pesquisa: Mestrado
- 5) Instituição: Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- 6) Curso: Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde – Mestrado Profissional
- 7) Local de realização do estudo: Unidade de Saúde de Atenção Primária Chácara da Fumaça (Porto Alegre/RS)
- 8) Duração do estudo: 12 meses
- 9) Número de sujeitos da pesquisa: 12
- 10) Data prevista para conclusão do estudo: fevereiro de 2022

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- 1) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Devidamente apresentado, documento anexado sob nome de "tclemapas3", na Plataforma Brasil;
- 2) Termo de uso de imagem e som: Não há (não se aplica);
- 3) Formulário de projeto de pesquisa: Devidamente apresentado;
- 4) Termo de Anuência Institucional: Apresentado, assinado por Diane Moreira do Nascimento, em 08 de setembro de 2020, então Diretora da Diretoria Geral de Atenção Primária em Saúde (DGAPS), da Secretaria Municipal de Saúde (SMS), da Prefeitura Municipal de Porto Alegre;
- 5) Termo de compromisso de utilização e divulgação dos dados: Devidamente apresentado, assinado pela pesquisadora responsável, em 29 de março de 2021.

**Recomendações:**

Não há novas recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

- 1) O "Formulário de projeto de pesquisa" do CEP SMSPA deve ser apresentado, devidamente assinado. Este documento pode ser acessado em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>, buscando em "Conselhos e Comitês", "Comitê de Ética em Pesquisa", e, por fim, "Documentos".

Resposta da pesquisadora: "anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

- 2) Tanto no Projeto Básico (PB) quanto no Projeto Completo, faz-se menção ao uso de fontes secundárias de dados. Como consta, "Os dados de prontuário das usuárias participantes que serão

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com



Continuação do Parecer: 4.653.189

utilizados serão apenas para a elegibilidade, a ser identificada nos registros, conforme descrito na metodologia: usuárias selecionadas para participar a partir de registros em prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do sistema informatizado de saúde e-SUS com a CIAP (classificação internacional da atenção primária) infecção por HIV e vinculadas à unidade de saúde cenário do estudo". Desta forma, solicita-se que seja preenchido e anexado à Plataforma Brasil o "Termo de compromisso de utilização e divulgação dos dados". Tal documento pode ser acessado em <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms>, buscando em "Conselhos e Comitês", "Comitê de Ética em Pesquisa", e, por fim, "Documentos".

Resposta da pesquisadora: "anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

3) Considerando que o estudo prevê a utilização de dados de usuárias do serviço de saúde, mesmo que "serão apenas para a elegibilidade", solicita-se o atendimento ao Art. 10 parágrafo 2º da Resolução CNS 580/2018: "No caso de pesquisas com utilização de acervo da instituição, o pesquisador deverá informar os procedimentos que serão adotados para garantir o sigilo, a privacidade e a confidencialidade dos dados do participante da pesquisa". Desta forma, solicita-se que sejam detalhados e especificados os cuidados que serão adotados pelas pesquisadoras, para garantir a confidencialidade de tais dados.

Resposta da pesquisadora: "Corrigido no projeto completo (pag 26 e com destaque em cor vermelha) e anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

4) Ainda com relação à utilização dos dados secundários, não é informada a forma como o acesso aos prontuários. Dito isto, solicita-se que se explicita, de forma detalhada, quem e como acessará tais registros. Resposta da pesquisadora: "Corrigido no projeto completo (pag 26 e com destaque em cor vermelha) e anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

5) Em seu Art. 9, a Resolução nº 580, de 22 de março de 2018, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), estabelece que "É dever do pesquisador divulgar os resultados da pesquisa para os participantes e instituições onde os dados foram coletados, ao término do estudo". Em razão disso, solicita-se que o presente projeto de pesquisa preveja a apresentação dos resultados em

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com





Continuação do Parecer: 4.653.189

fórum adequado na unidade de saúde em que a pesquisa será realizada. Nesse sentido, recomenda-se que, complementarmente, os resultados sejam apresentados ao Conselho Municipal de Saúde de Porto Alegre (preferencialmente, em documento de fácil acesso à sociedade civil organizada).

Resposta da pesquisadora: "Corrigido no projeto completo (pag 30/31 e com destaque em cor vermelha) e anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

#### Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer de aprovação do CEP SMSPA deverá ser apresentado à Coordenação responsável, a fim de organizar a inserção da pesquisa no serviço, antes de seu início. Os relatórios semestrais devem ser apresentados ao CEP SMSPA, através de submissão na Plataforma Brasil, como "Notificação".

#### Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1715956.pdf	29/03/2021 18:24:21		Aceito
Outros	termo_de_compromisso_uso_de_dados_MCN.pdf	29/03/2021 18:23:57	fabiana schneider pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	formulario_de_projeto_de_pesquisa_cep_smspa.pdf	29/03/2021 18:22:51	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	cartaCEP_SMS.docx	29/03/2021 18:21:46	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil4.docx	29/03/2021 18:20:52	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil3.docx	05/03/2021 11:34:22	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	carta_CEP2.docx	05/03/2021 11:33:41	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas3.docx	05/03/2021 11:32:32	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas2.docx	24/02/2021 15:50:12	fabiana schneider pires	Aceito

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

**Telefone:** (51)3289-5517

**Fax:** (51)3289-2453

**E-mail:** cep\_sms@hotmail.com





SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 4.653.189

Outros	cartapareceristaMCN.docx	24/02/2021 15:44:20	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil2.docx	24/02/2021 15:42:18	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil.docx	28/12/2020 11:32:49	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas.docx	28/12/2020 11:31:45	fabiana schneider pires	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

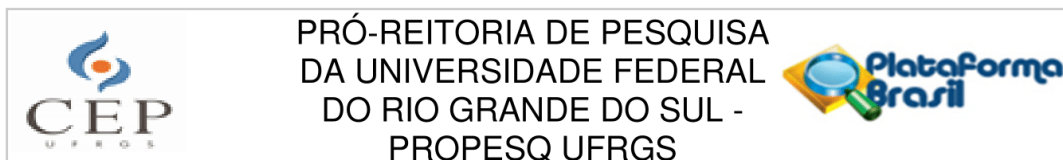
PORTO ALEGRE, 15 de Abril de 2021

---

**Assinado por:**  
**Alexandre Luis da Silva Ritter**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Capitão Montanha, 27 - 6º andar  
**Bairro:** Centro Histórico **CEP:** 90.010-040  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3289-5517 **Fax:** (51)3289-2453 **E-mail:** cep\_sms@hotmail.com

## APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP PLATAFORMA BRASIL



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** MAPAS CORPORAIS NARRADOS: UM ESTUDO DE CASO SOBRE MULHERES VIVENDO COM HIV E SEUS ITINERÁRIOS NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

**Pesquisador:** fabiana schneider pires

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 41510620.2.0000.5347

**Instituição Proponente:** Faculdade de Medicina da UFRGS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

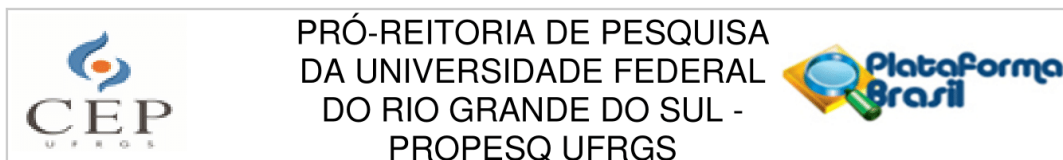
**Número do Parecer:** 4.584.675

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se do projeto de pesquisa que tem como pesquisador responsável Fabiana Schneider Pires, orientadora da pesquisadora / aluna ADRIANA ROSA SPADER, intitulado "MAPAS CORPORAIS NARRADOS: Um estudo de caso sobre mulheres vivendo com HIV e seus itinerários nas redes de atenção à saúde", a ser realizado no âmbito Programa de Pós-Graduação em Ensino na Saúde (Mestrado Profissional) para obtenção do título de Mestre. a ser executado de fevereiro de 2021 a dezembro de 2021 e que pretende "compreender as percepções sobre o viver com HIV e seus efeitos no cotidiano de mulheres e seus itinerários terapêuticos na rede de atenção primária de saúde no município de Porto Alegre/RS".

Como hipótese, as pesquisadoras informam que "Ao compreender a percepção de mulheres sobre o viver com HIV e seus efeitos, a rede de atenção primária à saúde pode redesenhar os percursos, ampliar a abordagem interprofissional e intersetorial do cuidado em saúde e qualificar o processo de trabalho das equipes de atenção primária. Esta é a principal justificativa deste estudo, que traz a hipótese de que conhecer o universo de vulnerabilidade e fragilização que surgem na esteira das violências de gênero, entre outras, potencialmente poderá qualificar as redes de atenção em saúde para acolher as mulheres PVHIV e, unindo-se à perspectiva de construção de produtos inovadores para a saúde, desenvolver estratégias para enfrentamento nos itinerário pessoais e também na

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

perspectiva coletiva da produção de cuidado nas redes de atenção à saúde”.

Foi apresentada uma fundamentação teórica bem estruturada, considerando aspectos relativos a epidemia de HIV/aids, à “cascata de cuidado do HIV”, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), itinerário terapêutico e relações de gênero.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Como objetivo geral, as pesquisadoras informam que pretendem “Compreender as percepções sobre o viver com HIV e os itinerários de cuidado de mulheres vivendo com HIV no município de Porto Alegre/RS”

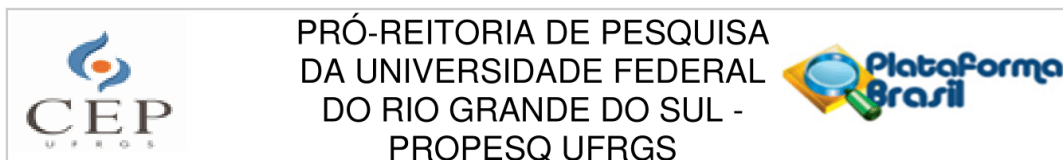
Como objetivos específicos são apresentados:

- a) Descrever a rede de atenção à saúde para mulheres vivendo com HIV no município de Porto Alegre/RS.
- b) Identificar os itinerários de cuidado de mulheres vivendo com HIV nas redes de atenção à saúde no município de Porto Alegre/RS.
- c) Conhecer potencialidades e desafios nos itinerários de cuidados de mulheres que vivem com HIV município de Porto Alegre/RS.
- d) Compreender os efeitos sobre o viver com HIV no cotidiano de mulheres que vivem com HIV município de Porto Alegre/RS.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Como riscos, as pesquisadoras informam que “o estudo considera que os riscos para as participantes são o constrangimento em falar e expor seus medos e inseguranças, bem como possíveis quadros de ansiedade, tristeza ou outros sentimentos relacionados ao fato de falarem de si, de seus afetos de seus corpos, seus desejos e perspectivas de vida”. Frente aos riscos identificados, a equipe sinaliza que “Tendo em vista a necessidade de suporte para as participantes frente a possíveis situações de desconforto psicológico (timidez, ansiedade, medos, vergonha, entre outros), serão oferecidos o acolhimento destes sentimentos pelas pesquisadoras e a possibilidade de atendimento em saúde mental na própria unidade de saúde cenário do estudo”.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

Como benefícios, as pesquisadoras relatam que estes serão indiretos para as participantes, e que a pesquisa pode trazer benefícios indiretos, na medida que seus resultados podem representar “para os serviços de saúde considera-se que os resultados poderão melhorar a rede de atenção à saúde, qualificar a equipe de saúde sobre questões relacionadas ao HIV, diminuir o preconceito com os pacientes HIV, adequar os processos de trabalho na unidade de saúde”.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

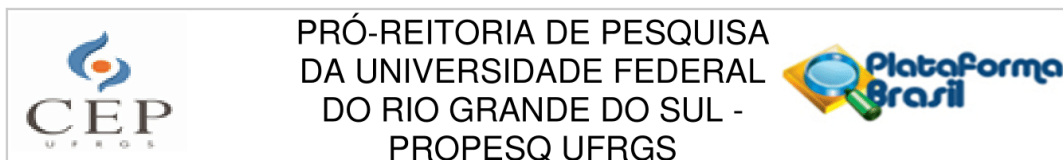
A pesquisa propõe uma abordagem qualitativa, sendo descrita como “de caráter exploratório descritivo, do tipo estudo de caso”. A pesquisadora mestranda pretende a “construção dos mapas corporais narrados” das participantes”.

Segundo as pesquisadoras, “Mapas corporais narrados (MCN) são desenhos dos corpos dos participantes em tamanho real complementados por narrativas orais. Esses desenhos são criados utilizando pinturas ou outras técnicas artísticas e representam visualmente aspectos de vida das pessoas de seus corpos e do mundo em que vivem. Contar histórias a partir de mapas corporais tem o potencial de conectar tempos e espaços na vida das pessoas, sendo que o produto desse processo é uma história mapeada”.

O estudo será desenvolvido “na unidade de saúde (U.S) de atenção primária do município de Porto Alegre, Chácara da Fumaça, situada na Estrada Martim Félix Berta 2432, local de atuação profissional da pesquisadora”. Esta unidade de saúde tem hoje quatro Equipes de Saúde da Família, e atende aproximadamente 16 mil pessoas, de acordo com as informações disponíveis no sistema de informação de atendimento na atenção primária E-SUS AB.

Os mapas corporais narrados serão feitos “na sala de reuniões da unidade de saúde, preservando integralmente o anonimato das participantes”. As participantes farão três encontros com a pesquisadora: no primeiro, a proposta do estudo é apresentada e se dá início à construção do desenho do corpo; no segundo, será discutido “suas percepções sobre o viver com HIV, quais os impactos no cotidiano a partir da infecção, relatar sobre seus itinerários de cuidado nas redes de atenção à saúde identificando nós críticos desta trajetória. As participantes serão convidadas a escolher frases, palavras, lemas, expressões, símbolos que representem suas histórias acerca dos temas elaborados”. No terceiro, “a participante narrar a produção de mapa corporal construído nos

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

encontros anteriores. As narrativas dos participantes a partir da observação de seus mapas corporais elaborados serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas para análise dos discursos. Os encontros (produção das narrativas) serão audiogravados, em seguida transcritos e, na última sessão, os mapas corporais serão fotografados. Os mapas corporais serão fotografados para serem anexados à pesquisa e os originais ficarão sob a guarda das pesquisadoras. Será utilizada uma entrevista (ANEXO B) com o intuito de oportunizar aos participantes falas em relação ao viver com HIV, sobre os impactos no cotidiano a partir da infecção, relatos sobre seus itinerários de cuidado nas RAS e possíveis nós críticos desta trajetória.”

A análise dos dados envolverá o seguinte: “Ao final de cada encontro, a participante será convidada a visualizar o mapa corporal e narrar o que for capaz de ver, como forma de recapitular o que foi falado e tecer suas considerações sobre a atividade realizada. A análise das narrativas e dos desenhos se dará a partir da Análise de Discurso (AD) que se caracteriza em três fases básicas: a pré análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação”

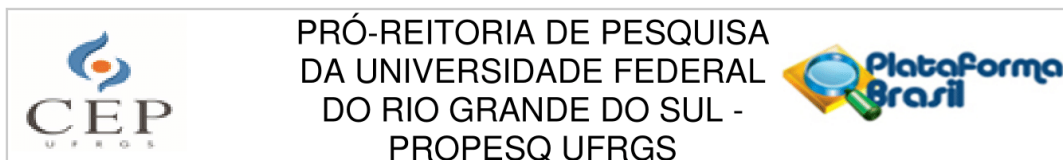
As pesquisadoras informam que “Segundo dados disponíveis no site da Coordenadoria Geral em Saúde de Porto Alegre de 2010 até 2020 foram notificados 40 casos de HIV em mulheres e 57 casos de AIDS em mulheres vinculadas a endereços pertencentes à U.S Chácara da Fumaça”. As participantes serão inicialmente identificadas através do sistema e-SUS, que será acessado exclusivamente pela pesquisadora mestranda, que é profissional de saúde na Unidade: “Apenas a pesquisadora mestranda terá acesso ao prontuário eletrônico, utilizando-se dos filtros do sistema e-sus (opção: selecionar mulheres/CIAP correspondente ao diagnóstico de HIV/maiores de 18 anos) para o conjunto de informações que possam identificar as mulheres elegíveis”.

Uma vez identificadas mulheres elegíveis, o convite para participar da pesquisa “será feito por meio de contato telefônico com as mulheres elegíveis (de acordo com os critérios apresentados nos procedimentos metodológicos), pela pesquisadora mestranda”.

Estima-se um número de até 12 participantes no estudo, i.e. que farão o mapa e serão entrevistadas.

Critérios de inclusão: “as mulheres vivendo com HIV que têm vínculo (prontuário de atendimento e registros em prontuário eletrônico do cidadão (PEC) do sistema informatizado de saúde e-SUS)

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

com a Unidade de Saúde Chácara da Fumaça (SMS/Porto Alegre) no período de janeiro até maio de 2021, maiores de 18 anos e com o diagnóstico confirmado de HIV (o que significa ter a classificação internacional da atenção primária – CIAP - correspondente à infecção por HIV, após dois testes rápidos reagentes de antígenos diferentes) e que conheçam seu diagnóstico”.

Critérios de exclusão: “as mulheres menores de 18 anos ou que não estejam vinculadas à unidade Chácara da Fumaça do município de Porto Alegre/RS ou que não tiverem diagnóstico laboratorial confirmado para HIV no momento da pesquisa”.

A pesquisadora pretende fazer a coleta de dados, a análise e a escrita da sua dissertação em um ano. A análise da viabilidade da pesquisa depende de um maior detalhamento de seus procedimentos metodológicos.

A pesquisa não conta com financiamento de agência de fomento, sendo de financiamento próprio. É importante sinalizar que a estudante não pode ser a responsável neste caso.

Apresenta-se carta de concordância da Diretoria Geral de Atenção Primária da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Não há outra instituição participante.

As questões de confidencialidade, privacidade e não-prejuízo foram esclarecidas no projeto detalhado, com a indicação dos cuidados que as pesquisadoras terão com as informações nos prontuários, o material visual produzido e os dados das entrevistas.

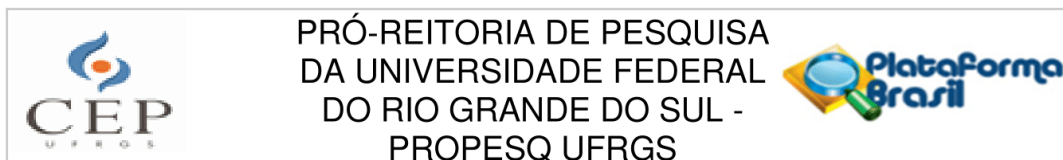
A coleta de dados está prevista para o período entre abril e julho de 2021. Considerando o cenário atual de pandemia e, no momento da submissão do projeto, de bandeira preta, faz-se necessário que as pesquisadoras incorporem ao projeto mecanismos de proteção das participantes e da equipe pesquisadora. Não há consideração sobre esta situação na avaliação de riscos.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Foi apresentado projeto de pesquisa e folha de rosto assinada, além do projeto detalhado, cronograma, autorização de instituição coparticipante (Diretoria Geral de Atenção Primária da SMS de Porto Alegre) e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 4.584.675

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Considera-se o projeto APROVADO, tendo sido atendidas todas as pendências.

Abaixo, são listadas as pendências desde a primeira versão.

1. Orçamento

PENDÊNCIA ATENDIDA

A responsabilidade pelo orçamento foi atualizada.

2. Amostra

PENDÊNCIA ATENDIDA

A amostra na PB e no projeto foi corrigida para uma estimativa de 12 participantes. Os critérios de inclusão e de exclusão foram adequados.

3. Detalhamento metodológico

PENDÊNCIA ATENDIDA

O percurso metodológico incluindo a coleta e a análise de dados foi detalhada no projeto.

4. Convite

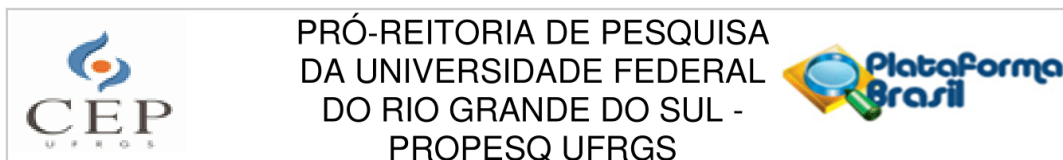
PENDÊNCIA ATENDIDA

A forma de convidar as participantes foi explicada.

5. Realização de pesquisa com usuárias que são pacientes em potencial da pesquisadora

PENDÊNCIA ATENDIDA

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

Os mecanismos para assegurar que a participante convidada não confunda o papel da mestrandia que atua como enfermeira na equipe e estará como pesquisadora foram descritos.

#### 6. TCLE

A linguagem empregada ao longo do documento é rebuscada.

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

O TCLE foi reformulado.

#### 7. Pandemia de Covid-19

A situação sanitária da Região Metropolitana em relação à Covid-19 é muito grave, com incremento exponencial de casos diagnosticados, internações e óbitos. Os serviços de saúde estão sendo orientados pelos gestores a fazer atendimentos apenas essenciais, postergando todos atendimentos eletivos. Mesmo que haja melhor no quadro sanitário e epidemiológico, faz-se necessário que as pesquisadoras apresentem um planejamento em termos de biossegurança que leve em conta no mínimo as questões a seguir.

Quais as considerações e os cuidados que a equipe de pesquisa fez e planeja para assegurar a segurança e a saúde das participantes?

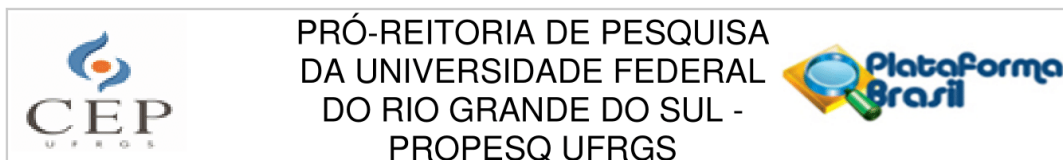
Existe um planejamento para outras estratégias de coleta de dados?

Como justificar o pedido para que uma mulher que não está com Covid-19 se desloque para um serviço de saúde, para participar de uma pesquisa?

O fato de a pesquisa envolver mulheres vivendo com HIV implica que as participantes podem ser pessoas com menor imunidade. Que considerações e procedimentos serão adotados para assegurar a segurança das participantes em relação à Covid-19?

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





Continuação do Parecer: 4.584.675

Que recursos serão empregados para a proteção individual das pessoas envolvidas (participantes e pesquisadora)?

As pesquisadoras responderam às questões colocadas explicando que

- A coleta de dados somente será realizada quando houver condições sanitárias para tal (bandeira minimamente vermelha e retomada dos atendimentos eletivos na unidade de saúde) para o deslocamento seguro, permanência na unidade de saúde e construção dos mapas corporais e das narrativas.

- O cronograma da pesquisa foi readequado e está sujeito às condições definidas pelos gestores (classificação das bandeiras).

- As pesquisadoras "entendem que as mulheres, por serem usuárias e realizarem o acompanhamento e tratamento para o HIV na unidade de saúde, em algum momento se deslocarão para consultas/exames e então este momento pode ser considerado oportuno para a realização da etapa de coleta de dados".

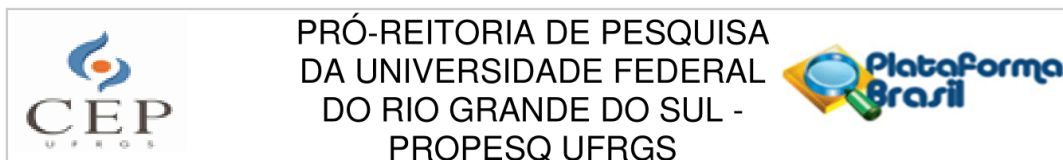
- "Os procedimentos adotados são aqueles recomendados pela OMS: distanciamento entre a pesquisadora e a participante de no mínimo 1,5m, uso de máscara (pesquisadora e participante), álcool em gel disponível para higienização das mãos, cuidados com ventilação da sala utilizada para o estudo. Foram adicionados itens de biossegurança no orçamento do projeto. As três pesquisadoras já estão vacinadas (inclusive com a segunda dose). Acreditamos (e isso sempre será reavaliado pelas pesquisadoras) que as mulheres participantes possam estar também vacinadas até junho/2021 (de acordo com o grupo prioritário para vacinação – doenças crônicas)".

- O orçamento do projeto de pesquisa agora inclui equipamentos de proteção individual para pesquisadoras e participantes.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

APROVADO.

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

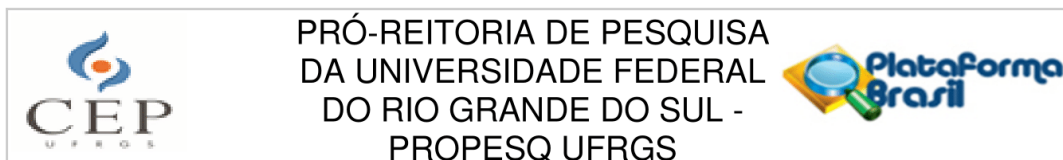
**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1682661.pdf	05/03/2021 11:37:30		Aceito
Cronograma	cronograma3.docx	05/03/2021 11:36:49	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil3.docx	05/03/2021 11:34:22	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	carta_CEP2.docx	05/03/2021 11:33:41	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas3.docx	05/03/2021 11:32:32	fabiana schneider pires	Aceito
Orçamento	orcamento2.docx	24/02/2021 15:58:58	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas2.docx	24/02/2021 15:50:12	fabiana schneider pires	Aceito
Cronograma	cronogramamcn2.docx	24/02/2021 15:46:06	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	cartapareceristaMCN.docx	24/02/2021 15:44:20	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil2.docx	24/02/2021 15:42:18	fabiana schneider pires	Aceito
Folha de Rosto	folharostoassinada.pdf	29/12/2020 15:54:19	fabiana schneider pires	Aceito
Cronograma	cronogramamcn.docx	28/12/2020 11:34:12	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil.docx	28/12/2020 11:32:49	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas.docx	28/12/2020 11:31:45	fabiana schneider pires	Aceito
Declaração de concordância	AUTODGAPS.pdf	18/12/2020 16:35:10	fabiana schneider pires	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 4.584.675

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Março de 2021

---

**Assinado por:**  
**José Artur Bogo Chies**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 311 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br