



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**NÍVEL DOUTORADO**

**LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO**  
**COM HIV/AIDS**

**JEQUIÉ**  
**2023**

**LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO  
COM HIV/AIDS**

**Tese de doutorado** apresentada ao **Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde em nível de Doutorado Acadêmico** do Departamento de Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia/UESB, Campus de Jequié/BA, área de concentração em Saúde Pública.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Setenta Andrade

**Linha de Pesquisa:** Política, Planejamento e Gestão em Saúde.

**JEQUIÉ**

**2023**

G633p Gomes, Liane Oliveira Souza.  
Produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS / Liane  
Oliveira Souza Gomes.- Jequié, 2024.  
126f.

(Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em  
Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia,  
sob orientação da Profa. Dra. Cristina Setenta Andrade)

1.Cuidado 2.HIV 3.Mulheres 4.Síndrome da Imunodeficiência Adquirida  
5.Tecnologias I.Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia II.Título

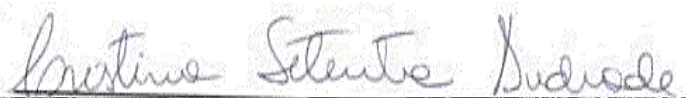
CDD – 610.73699

**LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES**

**PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS**


**Aprovada em 04 de Outubro de 2023**

**BANCA EXAMINADORA**



**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. CRISTINA SETENTA ANDRADE**

Doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo  
Universidade Estadual de Santa Cruz  
(Orientadora)

 Documento assinado digitalmente:  
**ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA**  
Data: 30/04/2024 11:52:46-0300  
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. ALBA BENEMÉRITA ALVES VILELA**

Doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará  
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia



**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. VITÓRIA SOLANGE COELHO FERREIRA**

Doutorado em Medicina pela Universidade Federal do Rio de Janeiro  
Universidade Estadual de Santa Cruz

 Documento assinado digitalmente:  
**MARIA LÚCIA SILVA SERVO**  
Data: 24/04/2025 11:45:49-0300  
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. MARIA LÚCIA SILVA SERVO**

Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo  
Universidade Estadual de Feira de Santana

 Documento assinado digitalmente:  
**DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA**  
Data: 24/04/2025 11:19:35-0300  
Verifique em <https://validar.jti.gov.br>

**PROF<sup>a</sup>. DR<sup>a</sup>. DEJEANE DE OLIVEIRA SILVA**

Doutorado pela Universidade Federal da Bahia  
Universidade Estadual de Santa Cruz

*Se eu falasse as línguas dos homens e as dos anjos, mas não tivesse amor, eu seria como um bronze que soa ou um címbalo que retine.*

*Se eu tivesse o dom da profecia, se conhecesse todos os mistérios e toda a ciência, se tivesse toda a fé, a ponto de remover montanhas, mas não tivesse amor, eu nada seria.*

*Se eu gastasse todos os meus bens no sustento dos pobres e até me entregasse como escravo, para me gloriar, mas não tivesse amor, de nada me aproveitaria.*

*O amor é paciente, é benfazejo; não é invejoso, não é presunçoso nem se incha de orgulho; não faz nada de vergonhoso, não é interesseiro, não se encoleriza, não leva em conta o mal sofrido;*

*não se alegra com a injustiça, mas fica alegre com a verdade.*

*Ele desculpa tudo, crê tudo, espera tudo, suporta tudo.*

*O amor jamais acabará. As profecias desaparecerão, as línguas cessarão, a ciência desaparecerá.*

*Com efeito, o nosso conhecimento é limitado, como também é limitado nosso profetizar.*

*Mas, quando vier o que é perfeito, desaparecerá o que é imperfeito.*

*Quando eu era criança, falava como criança, pensava como criança, raciocinava como criança. Quando me tornei adulto, rejeitei o que era próprio de criança.*

*Agora nós vemos num espelho, confusamente; mas, então, veremos face a face. Agora, conheço apenas em parte, mas, então, conhecerei completamente, como sou conhecido.*

*Atualmente permanecem estas três: a fé, a esperança, o amor. Mas a maior delas é o amor.*

**I Coríntios, 13, 1-13**

## **Dedicatória**

À **Jesus Cristo** por ter permitido chegar até aqui! Louvo ao Senhor pela sabedoria e proteção me dada através do **Espírito Santo de Deus** todos os dias da minha vida.

A meu esposo **Eduardo Alvares Gomes** pelo apoio recebido em toda a trajetória da vida acadêmica.

## AGRADECIMENTOS

À **Deus**, que me permitiu trilhar por este caminho, o Doutorado e me permitir chegar até aqui. Gratidão Senhor!!

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. **Cristina Setenta Andrade**, pelas contribuições neste período de vivências e de estudo na área da “Produção do Cuidado”. Gratidão!!

À minha **Família**, obrigada por fazerem parte da minha vida, por aceitarem minhas ausências e dificuldades neste período que vivemos. Em especial às minhas irmãs, Franciscnai Oliveira Souza Andrade e Elisângela Oliveira Souza. Podermos dizer que saímos mais unidas nesta caminhada. Muito obrigada!

Ao meu esposo **Eduardo Alvares Gomes**, por contribui neste processo de estudos e aceitar as minhas ausências neste período que vivemos e dizer sempre sim a “nós”. Te amo meu eterno namorado!

Aos meus lindos filhos **Francisco Souza Gomes** e **José Eduardo Souza Gomes**, por aceitar muitas vezes as minhas ausências como mãe e me buscar também para esse dom da maternidade sempre que necessário. Amo vocês muito!!

As docentes do Programa Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. **Alba Benemerita Alves Vilela** (ex-coordenadora) e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. **Rita Boery Narriman Nagyb** (ex-coordenadora) por toda dedicação na nossa formação de excelência. Gratidão!

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde (PPGES) da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), em especial a Dr<sup>a</sup>. **Patrícia Anjos Lima de Carvalho** pelo incentivo para que não desistisse na caminhada. Muito obrigada!

A **todos os docentes** que contribuíram na minha banca de qualificação de Doutorado Professora Dr<sup>a</sup>. **Vitória Solange Coelho Ferreira** e ao Dr. **Adriano Maia dos Santos**. Gratidão!

Às professoras Dr<sup>a</sup>. **Alba Benemérita Alves Vilela**, Dr<sup>a</sup>. **Vitória Solange Coelho Ferreira**, Dr<sup>a</sup>. **Maria Lúcia Silva Servo** e a Dr<sup>a</sup>. **Dejeane de Oliveira Silva**, por terem aceitado o convite para compor minha banca de defesa de tese. Muito obrigada!!

A todas as **mulheres** vivendo com HIV/AIDS que contribuíram nesta pesquisa e me fizeram repensar as minhas práticas na área de saúde da mulher. Gratidão!

Aos **profissionais de saúde** que atuam no Centro de Assistência e Tratamento Especializado (CATE) em HIV/AIDS com brilhantismo no cuidado direto às mulheres vivendo com HIV/AIDS. Muito obrigada!

## APRESENTAÇÃO

Sou Liane Oliveira Souza Gomes, mulher, filha de Francisco Emanuel de Souza e Norma Lúcia Oliveira Souza, tenho mais quatro irmãos, companheira, enfermeira, mãe, trabalhadora, docente, participante de um grupo de pesquisa que discute qualidade de vida, dentre outros papéis por mim desempenhados. Além disso, sou apaixonada pela busca de novos conhecimentos, por desafios, por romper obstáculos. Contudo, exercer tantas funções não é simples, como mulher, tenho que ser resistente ao sistema que ainda, no século XXI, impõe às mulheres tarefas, obrigações e limitações.

Sou a filha mais velha, tive minha mãe diagnosticada com câncer de pulmão em 2001, como filha vi minha mãe morrer diante da impotência de tudo que tínhamos ao alcance, o que muito me marcou, à qual foi à óbito no ano de 2002. Após esta perda familiar, busquei a maternidade para minha realização pessoal, sou mãe de dois meninos. No ano de 2020 tive o meu pai Francisco Emanuel de Souza diagnosticado com câncer de intestino e pulmão e devido a este diagnóstico continua em tratamento no Hospital Aristides Mateldês.

Como profissional, o interesse na busca pela produção do cuidado de mulheres vivendo com HIV / AIDS aconteceu em virtude das minhas práticas na qualidade de docente na disciplina de Saúde da Mulher na Faculdades Unidas de Pesquisa, Ciências e Saúde (FAPEC). Nesse período (2013-2017), tive a oportunidade de vivenciar e problematizar experiências ao observar lacunas na prática assistencial e condutas inadequadas nos encaminhamentos das mulheres que procuravam o serviço hospitalar para o momento do parto ou até mesmo nas Unidades de Saúde da Família, após o diagnóstico da doença.

As mulheres que procuravam à unidade no serviço de pré-natal, quando apresentavam-se com diagnóstico positivo de HIV, tinham dificuldades no fluxo para a referência na média complexidade para o momento do parto, que advêm muitas vezes de preconceito do profissional de saúde para este momento, causando assim dificuldade na adesão ao tratamento para esse momento sublime na vida da mulher e recém-nascido e conseqüentemente aumento da transmissão vertical. Neste contexto, as mulheres que apresentavam resultado positivo para HIV nas consultas de pré-natal, eram os casos que mais chamavam a minha atenção.

Em todos os casos existia um elemento singular, a questão de gênero: ser mulher. Durante o atendimento à mulher em virtude da situação do HIV/AIDS, sentia-me fragilizada, por ser mulher. Como mulher, me inquietava saber dos desafios que as mulheres enfrentavam quando conviviam com HIV/AIDS.

Reconheço que o grande desafio para estabelecer as práticas de cuidado integral perpassa o conhecimento das lacunas existentes no processo assistencial, em busca de estratégias e ações que propiciem melhorias, desde a identificação de casos de HIV/AIDS nas práticas de cuidado desenvolvidas por enfermeiras no serviço ambulatorial e hospitalar.

Na qualidade de docente, sempre estive preocupada com o processo de ensino, em como tornar a aula um momento interessante para os estudantes, de modo que eles pudessem se sentir atraídos e motivados a participar. Assim, em 2009, quando comecei a participar do processo de formação na Faculdades de Tecnologia e Ciência (FTC), fui surpreendida com a complexidade que envolve práticas de ensino inovadoras e as dificuldades enfrentadas por docentes e estudantes no âmbito do ensino superior.

Essas vivências, despertaram o desejo por estudar a problemática sobre as mulheres vivendo com HIV/AIDS, estimas e preconceitos. Os resultados que advém deste estudo poderão proporcionar melhorias na prática assistencial dos profissionais de saúde, levando-as a refletir, dialogar e reformular as estratégias implementadas no dia a dia durante o atendimento às mulheres, companheiras que dão entrada nos serviços de saúde, após o diagnóstico do HIV/AIDS.

A partir dessas vivências, surgiu o interesse no aprofundamento na temática. Assim, este trabalho possui a finalidade de analisar a Produção do Cuidado em Mulheres vivendo com HIV/AIDS, organizado em seis capítulos e três manuscritos, conforme descritos.

Capítulo 01 – Realiza-se a “Introdução”, neste foram abordados os aspectos gerais do estudo, discorre sobre as experiências na docência, como surgiu o interesse pelo objeto de estudo e o delineamento de questão norteadora e objetivos propostos.

Capítulo 02 – “Revisão de Literatura”, este capítulo apresenta cinco subseções, a saber: “Políticas públicas voltadas à saúde da mulher”, com as bases conceituais e a relação desses métodos com o processo de ensino de modo geral, fazendo uma aproximação entre os métodos ativos e as teorias da educação. A subseção: “Política de Atenção ao HIV/AIDS”, mostra a relevância da temática para o processo de formação em saúde e apresenta as iniciativas que marcam as mudanças no processo de formação em saúde e a introdução dos métodos ativos como um caminho para essa reestruturação. Já a “A mulher com o vírus HIV/AIDS” enfatiza a mulher do contexto do HIV/AIDS.

Capítulo 03 – “Referencial Teórico”, foi estruturado o “estado da arte” em três subcapítulos, no primeiro, nomeado de “Concepções teóricas sobre o cuidado de si” realizamos uma visita aos conceitos de cuidado de si e o papel do cuidado, o segundo “A

sexualidade segundo Michel Foucault” constata a noção do sexo e sexo reprimido na sociedade e “Poder e Sexo” realiza uma breve discussão sobre o poder...

Capítulo 04 – “Metodologia”, apresenta o tipo de pesquisa, o local, participantes da pesquisa, as técnicas empregadas para coleta e análise dos dados e os aspectos éticos que nortearam esta pesquisa.

Capítulo 05 – Neste são apresentados os “Resultados” do estudo estruturados em três manuscritos, intitulados: Produção do cuidado as mulheres vivendo com HIV/AIDS; Tecnologias em saúde aplicadas na produção do cuidado as mulheres vivendo com hiv/aids e Potencialidades e desafios no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Capítulo 06 – Aqui apresento as “Considerações finais” da pesquisa, através de uma sucinta visita aos principais resultados da pesquisa, bem como, a tese e as sugestões contribuições com a área de conhecimento.

GOMES, Liane Oliveira Souza. PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS. 2023. Tese [Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié, BA. 2023. 130 p.

## RESUMO

Trata-se de um estudo sobre o cuidado de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Objetivo geral:** Analisar a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializado (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. E como objetivos específicos: Compreender a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializado (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil; Averiguar como as tecnologias em saúde são empregadas no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia e Identificar as potencialidades e desafios no cuidado de mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. **Metodologia:** trata de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória, que utilizou como técnicas de coletas de dados a entrevista semiestruturada e a técnica de observação, que teve como participantes dois grupos: grupo 1: mulheres cadastradas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e o grupo 2: profissionais de saúde que atuam no atendimento a mulheres com HIV/AIDS, cujo cenário do estudo foi o Serviço de Assistência Especializada no Centro de Assistência e Tratamento Especializado (CATE), situado na região sudoeste da Bahia, Brasil. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e da observação sistemática. Os dados foram analisados e processados a partir da aproximação entre a Análise de Conteúdo e o Software de Análise de Conteúdo – WebQDA. Atendendo as questões éticas, esta pesquisa, está respaldada na resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 e a resolução 510/2016. Os dados foram coletados, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, através do CAAE número: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055. Os dados foram analisados e processados a partir da aproximação entre a Análise de Conteúdo e o Software de Análise de Conteúdo – WebQDA. **Resultados:** os resultados emergiram três categorias: produção do cuidado a mulher vivendo com HIV/AIDS; Tecnologias em saúde aplicadas na produção do cuidado a mulheres vivendo com HIV/AIDS e potencialidades e desafios na produção do cuidado de mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Considerações finais:** A produção do cuidado em saúde para as mulheres vivendo com HIV/AIDS demonstrou nos profissionais de saúde um saber científico especializado para atuação pelos profissionais de saúde. Entretanto, faz-se necessário enfrentar o contexto de vulnerabilidades vivenciado, mediante o compartilhamento de responsabilidade entre a mulher, os profissionais de saúde e os gestores do SUS.

**Descritores:** Cuidado; HIV; Mulheres; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, Tecnologias.

GOMES, Liane Oliveira Souza. PRODUCTION OF CARE FOR WOMEN LIVING WITH HIV/AIDS. 2023. Thesis [Doctorate] [PhD]. Postgraduate Program in Nursing and Health, State University of Southwest of Bahia. 2023. 130 p.

## ABSTRACT

This is a study on the care of women living with HIV/AIDS. General objective: To analyze the production of care for women living with HIV/AIDS in the Specialized Care Service (NCS) in the Southwest region of the State of Bahia, Brazil. And as specific objectives: To understand the production of care for women living with HIV/AIDS in the Specialized Care Service (NCS), in the Southwest region of the State of Bahia, Brazil; To investigate how health technologies are used in the care of women living with HIV/AIDS, in the Specialized Care Service (NCS), in the Southwest region of the State of Bahia and to identify the potentialities and challenges in the care of women living with HIV/AIDS, in the Specialized Care Service (SAE), in the Southwest region of the State of Bahia, Brazil. **Methodology:** this is a qualitative, descriptive and exploratory research, which used as data collection techniques the semi-structured interview and the observation technique, which had as participants two groups: group 1: women registered in the Specialized Care Service (SAE) and group 2: health professionals who work in the care of women with HIV/AIDS, whose study setting was the Specialized Care Service at the Specialized Care and Treatment Center (CATE), located in the southwestern region of Bahia, Brazil. Data were collected through semi-structured interviews and systematic observation. The data were analyzed and processed from the approximation between Content Analysis and Content Analysis Software – WebQDA. Addressing ethical issues, this research is supported by resolution 466 of December 12, 2012 and resolution 510/2016. Data were collected after a favorable opinion from the Research Ethics Committee, through CAAE number: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055. The data were analyzed and processed from the approximation between Content Analysis and Content Analysis Software – WebQDA. **Results:** the results emerged from three categories: production of care for women living with HIV/AIDS; Health technologies applied in the production of care for women living with HIV/AIDS and potentialities and challenges in the production of care for women living with HIV/AIDS. **Final considerations:** The production of health care for women living with HIV/AIDS demonstrated in health professionals a specialized scientific knowledge for health professionals to act. However, it is necessary to face the context of vulnerabilities experienced, through the sharing of responsibility between women, health professionals and SUS managers.

**Key words:** Cuidado; HIV; Women; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Technologies.

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01:</b>	Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa no SAE - CATE. Bahia, Brasil, 2021	61
<b>Tabela 02:</b>	Características sociodemográficas das mulheres que participaram da pesquisa no SAE - CATE. Bahia, Brasil, 2021	62

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 01:</b>	Distribuição das categorias e subcategorias	78
<b>Quadro 02:</b>	Descrição da técnica de análise qualitativa do Software Qualitative Data Analysis Software - WebQDA	56

## **LISTA DE SIGLAS**

**AIDS** – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

**APS** – Atenção Primária à Saúde.

**BVS** – Biblioteca Virtual em Saúde.

**CATE** – Centro de Assistência e Tratamento Especializado.

**CERAJE** - Central de Regulação da Assistência à Saúde de Jequié.

**CNS** - Conselho Nacional de Saúde.

**DST** – Doença Sexualmente Transmissível.

**HIV** – Vírus da Imunodeficiência Humana.

**HSM** – Homens que tem Relações Sexuais com outros Homens.

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

**IST's** – Infecções Sexualmente Transmissíveis.

**LILACS** – Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe.

**MS** – Ministério da Saúde.

**NRSUL** – Núcleo Regional em Saúde - Sul.

**OMS** – Organização Mundial de Saúde.

**PAISM** – Programa de Atenção Integral à Mulher.

**PDR** – Plano Diretor de Regionalização.

**PEP** – Profilaxia Pós - Exposição.

**PIASS** – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.

**PNAB** – Política Nacional de Atenção Básica.

**PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.

**PREV- SAÚDE** – Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde.

**PrEP** – Profilaxia Pré - Exposição.

**PPI** – Programação Pactuada e Integrada.

**PVHA** - Pessoas Vivendo com HIV/AIDS.

**RAMI** - Rede Materna e Infantil.

**SAE** – Serviço de Assistência Especializada.

**SCIELO** – Scientific Electronic Library Online.

**SINAM** – Sistema de Informação de Agravos de Notificação.

**SUS** – Sistema Único de Saúde.

**TARV** – Tratamento Antirretroviral da Infecção pelo HIV.

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

**UDI** - Usuários de Drogas Injetáveis.

**UESB** – Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia.

**UNAIDS** - Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS.

**WEBQDA** - Qualitative Data Analysis Software.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	17
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	21
2.1	POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER	21
2.2	POLÍTICA DE ATENÇÃO AO HIV/AIDS	26
2.3	A MULHER COM HIV/AIDS	30
2.4	VULNERABILIDADE DAS MULHERES AO HIV/AIDS	31
2.5	PRODUÇÃO DO CUIDADO À MULHER COM HIV/AIDS.	34
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b>	37
3.1	CONCEPÇÕES TEÓRICAS E FILOSÓFICAS SOBRE O CUIDADO DE SI	37
3.2	EM MICHEL FOUCAULT	39
3.3	A SEXUALIDADE SEGUNDO MICHEL FOUCAULT PODER E SEXO	42
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	46
4.1	TIPO DE PESQUISA	46
4.2	CAMPO DA PESQUISA	47
4.3	CENÁRIO DO ESTUDO	48
4.4	PARTICIPANTES DA PESQUISA	48
4.5	TÉCNICAS PARA COLETA DOS DADOS	50
4.6	ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA	52
4.7	ANÁLISE DOS DADOS	52
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b>	57
5.1	MANUSCRITO 1: PRODUÇÃO DO CUIDADO AS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS	58
5.2	MANUSCRITO 2: TECNOLOGIAS EM SAÚDE APLICADAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS	74
5.3	MANUSCRITO 3: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS	87
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	101
	<b>REFERÊNCIAS</b>	104
	<b>APÊNDICES</b>	
	APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	116
	APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA – GRUPO 01	119
	APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA - GRUPO 02: EQUIPE DE SAÚDE	121
	APÊNDICE D: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO	123
	<b>ANEXO</b>	
	ANEXOS A: AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS	126

## 1 INTRODUÇÃO

No panorama internacional, a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é considerada como uma doença grave que ainda apresenta altas taxas de prevalência relacionadas a um forte componente social, seja através das formas de contaminação ou por meio das medidas de prevenção. No ano de 2022 registraram 39 milhões de indivíduos vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e 1,3 milhão de novas infecções, sendo que 630 000 mil pessoas morreram de doenças relacionadas à AIDS (UNAIDS, 2023).

No Brasil, no advento da infecção pelo HIV, as mulheres correspondiam a 1% do total de casos de HIV/AIDS notificados, entretanto, esses dados elevaram-se para 50% nos últimos anos (VERONESI; FOCACCIA, 2015; SILVA et al., 2022). Conforme dados registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), de 1980 até junho de 2022, foram registrados 719.229 (66,1%) casos de AIDS em homens e 369.163 (33,9%) em mulheres segundo o Boletim Epidemiológico HIV/AIDS (BRASIL, 2022a).

Em relação ao quesito raça/cor, o número de casos de HIV é maior entre pretos e pardos (60,7%), salienta-se que estes casos encontram-se em mulheres negras e pardas, demonstrando uma redução no percentual de casos de HIV entre as mulheres brancas; já nas que se autodeclararam pardas, a proporção aumentou 35,7%, sendo a proporção de casos em homens pardos inferior à de mulheres pardas (BRASIL, 2022a). A interpretação desses dados, sugerem a associação entre a redução dos casos de HIV entre mulheres brancas e fatores sócio-econômicos, tais como melhores níveis de qualidade de vida, acesso a serviços de saúde e maior adesão ao tratamento. Em relação à categoria sexo, desde o ano de 2021, as proporções observadas foram de 60,7% e 58,5% entre homens negros e mulheres negras, respectivamente (BRASIL, 2022a).

No Estado da Bahia, no ano de 2022, a Secretaria Estadual de Saúde registrou 20.253 casos de HIV e 12.282 casos de AIDS. Ao analisar a série histórica a partir de 2014, pode-se constatar crescimento significativo das notificações de HIV e AIDS na população masculina, e ao final de 2021 a razão entre os sexos é de 28 casos de HIV em homens para cada 10 mulheres diagnosticadas com o vírus (BAHIA, 2022).

No município de Jequié-BA, em relação aos casos de AIDS, notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), por ano de diagnóstico no período de 1980 a 2022 tivemos 496 casos registrados, destes 294 foram em homens e 202 em mulheres (BRASIL, 2022).

Diante desse cenário, a oferta do cuidado é fundamental para o enfrentamento da problemática. No Brasil, o cuidado às mulheres com HIV/AIDS foi fortalecido após a criação e fortalecimento das políticas públicas ao longo dos anos, em virtude da epidemia nos anos 80 e principalmente após a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Neste contexto, o cuidado à saúde das mulheres convivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), é um grande desafio a ser enfrentado no campo da saúde pública, tanto para as mulheres que convivem com a doença, quanto para os profissionais de saúde que atuam nos serviços de saúde. Neste sentido, considerar as histórias individuais que interferem no adoecimento de cada mulher é uma estratégia importante que pode aumentar suscitar novos olhares para a construção de possibilidades de enfrentamento desse desafio (FERREIRA; SILVA, 2012).

A produção da saúde à mulher está pautada na integralidade, com a garantia de direitos, entretanto, os determinantes sociais interferem no modo de cuidado das mulheres diagnosticadas com o vírus HIV/AIDS, mesmo com a melhoria da eficácia do tratamento com os antirretrovirais. Esses determinantes são influenciados pelas necessidades de saúde.

O conceito de necessidades de saúde incorpora determinantes amplos de saúde, sociais e ambientais, tais como moradia, alimentação, educação e emprego. Essas condições permitem uma visão além dos limites do modelo médico, com o propósito de um olhar mais amplo dos vários fatores que interferem no processo saúde-doença dos indivíduos (WRIGHT; WILLIAMS; WILKINSON, 1998; CARNUT; FERRAZ, 2021).

Na área da saúde as mulheres possuem necessidades que devem ser contempladas pelas políticas públicas de saúde. Estas necessidades de saúde incluem a necessidade de ter acesso a todas as tecnologias de saúde que contribuam para melhorar e prolongar a vida, baseada nas tecnologias leves, leves-duras e dura.

Desse modo, com o propósito de contribuir com novos conhecimentos sobre a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, delineamos as seguintes **questões norteadoras** para esta pesquisa:

- ↳ Como se desenvolve a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil?
- ↳ Como as tecnologias em saúde são empregadas no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil?

↳ Quais as potencialidades e desafios no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil?

Este estudo justifica-se cientificamente em virtude da necessidade de apoio e cuidado à mulher vivendo com HIV/AIDS; da vulnerabilidade da mulher ao vírus HIV/AIDS, pelas questões de gênero, raça e outros determinantes sociais; existência de poucos serviços de saúde estruturados para atendimento à mulher com HIV/AIDS, principalmente á nível da atenção básica à saúde. Justifica-se ainda pelas minhas vivências como Enfermeira especialista na área de Saúde da Mulher e minhas práticas laborais na Unidade de Saúde da Família prestando atendimento a mulheres vivendo com (HIV) e AIDS nos programas de saúde pública.

A partir do ano de 2007, obtive como experiência a docência na disciplina Enfermagem em Saúde da Mulher na qual atuei prestando cuidado as mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS em que realizava ações voltadas à promoção da saúde, prevenção de doenças para este grupo populacional.

Posteriormente, no ano de 2011, enquanto mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde na Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), venho aprofundando meus estudos na área do HIV/AIDS, com publicação de artigo.

A minha necessidade de continuar estudando o grupo de mulheres com HIV/AIDS justifica-se por ser um grupo populacional que mesmo existindo políticas públicas que beneficiam as mulheres, ainda é um grupo com alta vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis e ao HIV/AIDS, quando nos baseamos na epidemiologia atual do Brasil.

Baseado neste objeto de estudo e diante das vulnerabilidades vivenciadas pela mulher com HIV/AIDS, foi feita uma discussão a luz da literatura de Michel Foucault que contribuiu com o referencial teórico da pesquisa.

Para tanto, almejamos os seguintes objetivos:

### **Objetivo Geral:**

Analisar a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

### **Objetivos específicos:**

Compreender a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil;

Averiguar como as tecnologias em saúde são empregadas no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil;

Identificar as potencialidades e desafios no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

Esta pesquisa torna-se relevante, porque, após a sua realização, pretende-se contribuir trazendo um novo olhar para os profissionais de saúde e gestores a respeito da infecção causada pelo vírus HIV/AIDS, favorecendo a melhoria na produção do cuidado às mulheres. Busca-se contribuir na garantia da integralidade para as mulheres que estão vivendo com o vírus HIV, o que poderá proporcionar uma melhor qualidade de vida a essas usuárias, beneficiando sua situação de saúde e possibilitando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença.

Neste contexto, **o objeto dessa tese** é a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS com a proposta de uma atenção integral no contexto da promoção, prevenção e recuperação da saúde. Assim, diante do contexto de vulnerabilidade vivenciado pelas mulheres com HIV/AIDS, os avanços tecnológicos têm proporcionado a melhoria no cuidado a estas mulheres.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Esta pesquisa propõe desenvolver uma revisão que nos possibilite a construção de conhecimento construída por diversos autores que já discorreram sobre a temática. Tal experiência nos permitirá situar o “estado da arte”, retomando e articulando os seguintes aspectos: políticas em atenção à saúde da mulher; a mulher com o vírus HIV/AIDS; vulnerabilidade das mulheres ao HIV/AIDS e produção do cuidado à mulher com o vírus HIV/AIDS.

A pesquisa foi realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), na base de dados da *Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS), Scientific Electronic Library Online (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), biblioteca do Google Acadêmico e no banco de teses da CAPES. Os descritores utilizados foram HIV, cuidado, mulheres, vulnerabilidade e sexualidade.

Com o propósito de ampliar os conhecimentos nesta área também utilizamos documentos oficiais do Ministério da Saúde e livros publicados pelo teórico Michel Foucault que discutem o tema cuidado de si, sexualidade e poder enfatizando a mulher.

### 2.1 POLÍTICAS PÚBLICAS VOLTADAS À SAÚDE DA MULHER

Na década de 30, a saúde da mulher começou a ser incorporada as políticas nacionais, limitando-se às demandas relativas à gravidez e parto (programas materno-infantis).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) buscou difundir a Atenção Primária de Saúde a partir do marco referencial da saúde instituído na Conferência de Alma Ata (1978), quando estabeleceu o slogan de “Saúde para todos no ano 2000”, visando influenciar os países do terceiro mundo e socialistas na formulação e implantação de políticas sociais, sobretudo na área de saúde, para melhor atender as demandas e necessidades da pobreza. Progressivamente, os movimentos sociais organizados buscaram formas de promover mudanças no setor que viessem a diminuir as desigualdades sociais em saúde, refletindo-se no cotidiano dos serviços de saúde (CAMPOS et al., 2017; MARINHO; GROISMAN, 2020).

Assim, impulsionada pela Conferência de Alma Ata surgiram, no Brasil, os programas de extensão de cobertura, inspirados na medicina comunitária, como o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS) em 1979, com a finalidade de implantar uma estrutura básica de saúde pública nas comunidades rurais e periféricas dos

centros urbanos, especialmente no Nordeste. O Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), em 1980, tinha como proposta universalizar o atendimento básico e a reorganização do setor público de saúde, pela articulação das instituições existentes com a ordenação da oferta de serviços de saúde, promovendo a melhoria das condições gerais do ambiente, com ênfase em sistemas simplificados de abastecimento d'água e em medidas sanitárias necessárias ao controle da esquistossomose e da doença de Chagas. Porém, devido à crise ideológica no interior das instituições, este projeto não se concretizou (CAMPOS et al., 2017; SILVA JÚNIOR, 2023).

Em meio a este processo de redemocratização no país, o movimento feminista desempenhou um papel decisivo para a sua concepção e formulação, quando se ampliou e consolidou o Estado Democrático no Brasil, incluindo na agenda nacional a saúde como direito e cidadania. É importante salientar que o PAISM nasceu antes da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) e antes da promulgação da Carta Magna. É, portanto, pioneiro no uso do termo integralidade da saúde na política pública, cujo significado é construído e proposto pelos movimentos sociais feministas da época (SOUTO, 2008; SILVEIRA; PAIM; 2019; ADRIÃO, 2019).

No Brasil, várias políticas ministeriais foram publicadas com o propósito de melhorias na assistência à saúde da mulher. Primeiramente, foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), publicado na década de 80, sendo considerado o pioneiro, propondo como princípio a assistência integral à mulher. Salienta-se que todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado com o propósito da promoção, proteção e recuperação da sua saúde. As diretrizes desse programa, portanto, foram elaboradas dentro da ótica da atenção primária, seguindo o conceito de integralidade da assistência (SILVEIRA; PAIM; 2019; ADRIÃO, 2019).

Este princípio foi posteriormente consolidado na Conferência de CAIRO. A conferência de CAIRO, realizada no ano de 1994, foi a maior conferência intergovernamental relacionada às populações e também um marco na história dos direitos das mulheres. Nesta conferência importantes acordos foram firmados, como: promoção da igualdade de gênero, eliminação da violência contra a mulher, garantia dos direitos reprodutivos e redução da mortalidade materna e infantil (FERNANDES, 2013).

No ano de 1988, ocorreu a Constituição Federal Brasileira, que foi regulamentada através da Lei 8.080, onde o Estado passou a ter como obrigação garantir a redução dos riscos de doenças e outros agravos, mediante a construção de políticas sociais, econômicas e

setoriais capazes de garantir acesso universal e igualitário as ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde da população (BRASIL, 1988; BEZERRA, 2019).

Em 2004, as Políticas de Atenção a Saúde da Mulher vigentes no país propuseram construir um consenso nacional em torno da necessidade de se desenvolver políticas para a mulher com o propósito do princípio da integralidade em todos os níveis do sistema de saúde. As propostas apresentadas consideram a promoção da saúde, a ampliação do acesso aos serviços, à humanização e a melhoria da qualidade da atenção, condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolutividade dos problemas identificados, para a satisfação da população e o reconhecimento de seus direitos (BRASIL, 2004; GUEDES et al., 2021).

Após várias críticas ao PAISM, pois este programa priorizava apenas a mulher no ciclo gravídico-puerperal, ocorreu o fortalecimento das ações à mulher garantindo a essas o cuidado integral para a prevenção e tratamento do HIV/AIDS, principalmente com o aumento do número de casos diagnosticados de HIV/AIDS em mulheres, com ampliação do programa em 2004, após a criação da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2011; FERREIRA et al., 2020).

O PNAISM propôs o rompimento com o modelo biologicista e medicalizador do corpo da mulher pelos profissionais de saúde nos serviços de atenção à saúde, visto que esta política adota o conceito de saúde integral propondo atender à mulher em todas as suas etapas de vida, ao englobar segmentos que estavam, até então, à margem de uma assistência à saúde (SANTANA et al., 2019).

Nesse contexto, o PNAISM propõe concretizar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfatizando a melhoria do planejamento familiar, da atenção obstétrica, da atenção ao abortamento inseguro e do combate à violência doméstica e sexual, como também, inclui a prevenção e o tratamento de mulheres com doenças crônicas não transmissíveis, câncer ginecológico e HIV/AIDS, e amplia as ações para grupos negligenciados que historicamente permaneciam aliados às políticas públicas, como mulheres negras, indígenas, de orientação homossexual ou em situação de prisão, dentre outras (BRASIL, 2011; MIRANDA; BRITO; FREITAS, 2019).

Salienta-se que esta trajetória descrita anteriormente – do PAISM à PNAISM – expressou também os marcos do processo de democratização do Brasil e os diferentes espaços de participação social das mulheres (SOUTO; MOREIRA, 2021).

Na atenção ao período gravídico puerperal, com o propósito de melhorar a atenção à saúde da mulher, foi criada a Rede Cegonha, como estratégia do Ministério da Saúde (MS) operacionalizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com os seguintes objetivos propostos

para este programa: promover a implementação de um novo modelo de atenção, com foco no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; garantia de acesso, acolhimento e resolutividade e redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011; SANTANA; PAIXÃO; SANTOS, 2023).

Após a implantação da Rede Cegonha pelo governo federal, em 2011, essa política fortaleceu o cuidado à mulher, com a detecção do vírus HIV no pré-natal com o acompanhamento da gestação e a solicitação da sorologia anti-HIV, elencando como exame mínimo na primeira consulta a oferta obrigatória do teste para HIV no momento do parto e a garantia do tratamento com antirretrovirais durante a gestação e no momento do parto. Essa política acarretou o aumento no número de mulheres diagnosticadas com o vírus HIV/AIDS nas maternidades (BRASIL, 2011; FERREIRA et al., 2020).

Neste contexto, em março de 2016, depois de 30 anos da realização da I Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, que ocorreu em outubro de 1986, foi convocada a II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres, pelo pleno do Conselho Nacional de Saúde (CNS), com o slogan ‘Saúde das mulheres: integralidade com equidade’. Foram realizadas conferências municipais ou macrorregionais, estaduais e do Distrito Federal, e conferências livres, que mobilizaram mais de 70 mil pessoas, principalmente constituída por mulheres. Esta Conferência Nacional aconteceu em Brasília, que aconteceu no período de 17 a 20 de agosto de 2017, e foi discutidas entre os delegados 324 propostas nos quatro eixos temáticos: I – O papel do Estado no desenvolvimento socioeconômico e ambiental e seus reflexos na vida e na saúde das mulheres; II – O mundo do trabalho e suas consequências na vida e na saúde das mulheres; III – Vulnerabilidades e equidade na vida e na saúde das mulheres; IV – Políticas públicas para as mulheres e a participação social (SOUTO; MOREIRA, 2021).

A II Conferência Nacional de Saúde das Mulheres consagrou-se como um marco na saúde das mulheres brasileiras por dar visibilidade às diversidades e pluralidades das expressões do feminino: mulheres brancas, negras, quilombolas, de matriz africana, indígenas, ciganas, lésbicas, bis sexuais, travestis, transexuais, mulheres com deficiência, mulheres vivendo com HIV e aids, mulheres escalpeladas, mulheres privadas de liberdade, mulheres em situação de rua, mulheres ribeirinhas, pescadoras, marisqueiras, mulheres trabalhadoras, mulheres jovens, mulheres idosas, profissionais do sexo etc. Esta conferência reafirmou a importância da participação social como processo de mobilização para garantia das conquistas e dentre as resoluções aprovadas, constam: a realização de conferências municipais, estaduais e nacional de saúde das mulheres a cada quatro anos; implantação de Comissões Intersetoriais de Saúde da Mulher nos conselhos estaduais e municipais de saúde; realização da revisão da

PNAISM. Nesta conferência teve como objetivo geral para a saúde das mulheres contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no país, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida (e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie e ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (SUS) (SOUTO; MOREIRA, 2021).

No ano de 2022, em meio à crise sanitária vivenciada no mundo, por conta da pandemia pelo SARS - COVID-19, foi publicada a Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022, com o objetivo de instituir a Rede Materna e Infantil – (RAMI) no nosso país. Esta propõe assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável (BRASIL, 2022b).

Neste contexto, a RAMI é constituída pelos seguintes componentes: I - Componente da Atenção Primária à Saúde (APS), é, preferencialmente, organizado pela Unidade Básica de Saúde (UBS) e engloba as ações referentes ao planejamento familiar, ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado à gestante, à perda gestacional, ao parto, ao nascimento, ao puerpério e à puericultura, por intermédio da organização dos processos de trabalho das equipes de saúde e da produção do cuidado, com apoio diagnóstico e terapêutico ágil e oportuno; o II - Componente da Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), é responsável pela assistência especializada no pré-natal de alto risco e pelo seguimento do recém-nascido-nascido e da criança; o componente III é responsável pelo serviço de atenção especializada hospitalar, composto por maternidade ou hospital geral com leitos obstétricos e leitos neonatais, com suporte diagnóstico e terapêutico clínico e cirúrgico para atendimento a gestantes, puérperas e recém-nascidos, bem como acesso regulado, ágil e oportuno ao cuidado intensivo às intercorrências obstétricas com risco de morbidade grave à gestante ou puérpera, ao recém-nascido e à criança; o componente IV – Sistemas de apoio – é responsável por prestar assistência de forma organizada e comum a todos os pontos de atenção à saúde; o componente; o Componente V - Sistemas Logísticos é responsável por produzir soluções em saúde, com base nas tecnologias da informação e comunicação e relacionadas ao conceito de integração vertical e o componente VI - Sistema de Governança constitui a capacidade de intervenção que envolve diferentes atores, mecanismos e procedimentos para gestão compartilhada (BRASIL, 2022b).

## 2.2 POLÍTICA DE ATENÇÃO AO HIV/AIDS

No Brasil, a política de Atenção ao HIV/AIDS ocorreu fruto do cenário sociopolítico que aconteceu na década de 80, tendo em vista a notificação do primeiro caso de AIDS no país (BRASIL, 2010; CALAZANS; PARKER; TERTO-JÚNIOR, 2022).

No ano de 1986, ocorreu a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, com a responsabilidade institucional de coordenar, elaborar normas técnicas e formular políticas públicas em sua área de abrangência (SOLANO, 2000; PERUCCHI, 2018).

No ano de 1992, aconteceu a organização do Programa Nacional de AIDS pelo Ministério da Saúde. Posteriormente em 1993, foi criado pelo Ministério da Saúde, os Serviços de Assistência Especializada (SAEs). Evidencia-se que a efetivação desta política ocorreu com o modelo clínico adotado de acompanhamento destas pessoas com HIV/AIDS na atenção especializada, em geral por médicos infectologistas, dentre outros profissionais de saúde. Os Serviços de Assistência Especializada (SAEs), são de caráter ambulatorial, geralmente podem estar inseridos em policlínicas, hospitais ou em ambulatórios de referência única para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), HIV/AIDS, Hepatites virais e Toxoplasmose (MELO; MAKSUD; AGOSTINO, 2018).

A partir do ano de 1996, após ampla divulgação na mídia mundial da existência de novas drogas, a terapia antirretroviral começou a serem distribuídas gratuitamente as pessoas vivendo com HIV/AIDS. O Brasil destaca-se com o maior programa de oferta de medicamentos antirretrovirais do mundo, com cerca de 140 mil pessoas vivendo com HIV/AIDS em tratamento, sem custo para os pacientes, e com monitoramento clínico e laboratorial (REIS, 2006; PERUCHI et al., 2011). Este programa propõe a promoção, prevenção, tratamento e recuperação gratuitamente para a população diagnosticada com o vírus HIV/AIDS (BEZERRA, 2019). O cuidado à mulher vivendo com o HIV/AIDS foi fortalecido através da Lei 9.313/96, que garante o tratamento gratuito aos indivíduos com o vírus HIV (WHO, 2011; ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022).

Dentre as políticas de atenção à saúde da mulher novas propostas foram implementadas nos Plano de Ação 2004-2007 e posteriormente no plano de Ação 2013-2015 e sobressaído determinados objetivos gerais voltados à atenção integral à saúde da mulher. Entretanto, destaca-se nos objetivos gerais, relacionados à temática em estudo, tais como: 1. Aumentar e capacitar a atenção clínico-ginecológica, inclusive para as portadoras da infecção pelo HIV e outras DSTs, fortalecer a atenção básica no cuidado com a mulher, ampliar o

acesso e qualificar a atenção clínica - ginecológica na rede do SUS; 2. Promover em conjunto com o programa nacional DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS na população feminina, prevenir as DSTs e a infecção pelo HIV/Aids entre mulheres; ampliar e melhorar a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e AIDS e articular a atenção à mulher em situação de violência com ações de prevenção de DST/Aids; 3. Promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV/AIDS nessa população (ampliar o acesso e melhorar a atenção à saúde das presidiárias) e 4. Fortalecer a participação e o controle social na definição, implementação e monitoramento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) (BRASIL, 2004; BRASIL, 2016).

Nesse contexto, constata-se que os avanços da terapia anti-retroviral e as tendências da epidemia devem contribuir com novas estratégias de abordagem do HIV/AIDS, com o propósito da implementação e manutenção de políticas públicas de prevenção e assistência cada vez mais eficazes e capazes de superar os desafios e a obrigação moral e ética de torná-las acessíveis a toda a população feminina (SANTOS et al., 2009).

No ano de 2007, o governo brasileiro lançou ações para diminuir o aumento do HIV entre as mulheres, ao propor iniciativas pioneiras para conter a disseminação do vírus da AIDS entre as mulheres. Com o objetivo de enfrentamento do problema, foi construído o Plano de Enfrentamento da Feminização da AIDS e outras DSTs, sendo o primeiro da América Latina e Caribe especialmente voltado para o assunto. Esse plano cujo elemento fundamental é o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para a maior suscetibilidade das mulheres brasileiras à infecção pelo HIV e a outras DST. Este plano propõe ainda nortear a implantação e a implementação de ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva, nos níveis federal, estadual e municipal. Neste contexto, estabeleceu-se metas intersetoriais que possam acelerar o acesso aos insumos de prevenção, ao diagnóstico e ao tratamento das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da AIDS, para as mulheres das diferentes regiões do país (BRASIL, 2007).

Posteriormente entre os anos de 2011 e 2012 importantes estratégias foram implantadas, como a disponibilização de medidas profiláticas para a prevenção da transmissão vertical do HIV, ampliando as ações para todas as gestantes; a política de vigilância com realização de estudos em grupos populacionais específicos; as formulações particulares da redução de danos do uso indevido de drogas injetáveis; a oferta gratuita de preservativos.

Neste contexto, também nos anos de 2011 e 2012, o Ministério da Saúde introduziu novas tecnologias com o objetivo do diagnóstico da Atenção Primária à Saúde (APS), com destaque, para os testes rápidos (HIV, Sífilis, HbSAG e HCV), ampliando o acesso à testagem para os indivíduos, proporcionando o aumento do diagnóstico do HIV na atenção básica em todas as regiões do Brasil (GUEDES et al., 2021). Na rede de assistência à saúde à mulher no SUS, o diagnóstico do vírus HIV pode ser realizado por livre demanda das usuárias nos serviços que são ofertadas às mulheres ou por necessidade dos profissionais de saúde durante as consultas, após o aconselhamento pré e pós-teste, que é considerado obrigatório no pré-natal e parto. Entretanto, após o diagnóstico, essas mulheres são acompanhadas e tratadas em centros de atendimento especializado com uma equipe multiprofissional e especializada.

No país, destaca-se que em relação às políticas públicas para prevenção ao HIV/AIDS tem sido implementada e essa favorece a incorporação de novas tecnologias no cuidado para os usuários, garantindo a diversidade para os usuários do SUS, através das profilaxias de prevenção com a Profilaxia Pós-exposição (PEP) e a Profilaxia Pré-exposição (PrEP) (BEZERRA, 2017; BEZERRA; SILVA, 2019; BRASIL, 2022c).

Neste contexto, a descrição desse panorama, mostra as ações desenvolvidas no Brasil e que contribuíram para que o país tivesse uma das maiores coberturas de Terapia Antirretroviral (TARV) comparado com os países de primeiro mundo (BEZERRA, 2019)

No Brasil, conforme destaca a UNAIDS, o Programa das Nações Unidas para HIV/AIDS, destaca que a doença tem se propagado em todas as regiões do país, conseqüentemente, verifica-se o aumento da sua incidência. O crescente número de casos está diretamente ligado à ausência de uma política que privilegie a educação para a prevenção e a baixa qualidade e dificuldades de acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Na população feminina, a epidemia do HIV/AIDS torna-se mais preocupante devido ao fato de que o diagnóstico e o acesso ao tratamento da população feminina ocorrem em estágios mais avançados da doença quando se compara à população masculina, que chega aos serviços de saúde na fase inicial da doença (BRASIL, 2009; MONTEIRO; BRIGEIRO, 2019).

A efetivação das políticas públicas para as mulheres está preconizada pelo SUS, entretanto, a efetivação, na prática, somente será realizada se houver a institucionalização e articulação dos gestores federal, estaduais e municipais, juntamente com a articulação e responsabilização dos profissionais de saúde, de forma a superar os limites dos programas além dos papéis e transformá-los em ação na vida dessas mulheres (ROCHA et al., 2017).

Após 40 anos de pandemia do HIV, em março de 2020, foi declarado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) a segunda pandemia a nível mundial pelo SARS-COVID-19. O SARS - COVID 19 iniciou com os seus primeiros casos na China em Wuhan e posteriormente o vírus foi disseminado para outros países. Devido os países estivessem todos vivendo esta pandemia que provocou impactos drásticos nas populações, a UNAIDS reconhece que houve uma ruptura nas políticas da AIDS. A prioridade com a epidemia global da COVID ou pandemia, mais importante do século XXI. Neste sentido, as inúmeras dificuldades para a resposta global, e os recursos anteriormente existentes para a AIDS já não estava mais garantido (CALAZANS; PARKER; TERTOR JUNIOR, 2022).

Neste contexto, torna-se necessário entender os efeitos desta pandemia da COVID-19 que também prejudicou a ciência em relação ao HIV/AIDS, porém ambas intensificaram as vulnerabilidades já existentes no Brasil. A nova pandemia também proporcionou algumas dificuldades para as pessoas que vivem com HIV/AIDS como perda ou diminuição da renda financeira, suspensão de uso de medicamentos, falta nas consultas médicas, dificuldade no acesso aos serviços de saúde, deficiência de acesso ao auxílio do governo, entre outras dificuldades desse período (SANTOS; OLIVEIRA; OLIVEIRA-CARDOSO, 2020).

Neste período da pandemia pela COVID-19, as notificações pela infecção do HIV no Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAM sofreram impactos negativos, consequência da busca pela realização da testagem nos serviços de saúde, interferindo na prevenção e tratamento do HIV no SAE (PEREIRA; CRUZ; COTA, 2022).

Diante deste contexto, a 5ª década da epidemia do HIV foi marcada pelo Tsunami da COVID-19, entretanto, destaca-se no país as experiências políticas que foram sucedidas (CALAZANS; PARKER; TERTO-JÚNIOR, 2022): defesa dos direitos humanos; reconhecimento da solidariedade como modo de compreensão e de enfrentamento dos determinantes da epidemia; respeito à autonomia; Diálogo aberto, positivo e não repressivo sobre sexualidade e do uso de drogas; reconhecimento da mediação pelos contextos sociais das vivências sexuais, de uso de drogas, de prevenção e cuidado, de forma que sua transformação dependa de ações integradas intersetoriais e interdisciplinares; entendimento de que desigualdades, injustiças sociais e processos de estigmatização e discriminação configuram-se como relações de poder e devem ser enfrentados; e gestão participativa que articula as próprias comunidades afetadas, ativistas, especialistas, gestores e pesquisadores na construção, desenvolvimento e controle das respostas político-institucionais ante a AIDS.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), com o propósito da melhoria nas políticas de saúde ao HIV/AIDS enfatiza novas recomendações, que incluem perfis de população alvo

para tecnologias de diagnóstico no local de atendimento, dentre outras ações voltadas as Infecções Sexualmente Transmissíveis (WHO, 2023).

### 2.3 A MULHER VIVENDO COM HIV/AIDS

A expectativa de vida das mulheres aumentou mais do que a dos homens a partir de 2014, segundo estatística do IBGE (2022). Nesse contexto, a população no Brasil mostra uma clara tendência à feminização. As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do SUS.

Historicamente, em relação à epidemia nas mulheres, destacam-se três diferentes fases relacionadas à probabilidade de risco para a infecção pelo HIV: a primeira fase, até o ano de 1986, em que a transmissão pela via sexual era a mais prevalente, ou seja, as parcerias com homens que faziam sexo com homens (HSH) e homens transfundidos causavam a maior incidência. Constata-se que o contato por via de transfusão sanguínea era muito frequente (SANTOS et al., 2002; ALMEIDA; RIBEIRO; BASTOS, 2022). A segunda fase ocorreu entre a década de 80 e o início da década de 90, onde a infecção pelo HIV que se dava entre os Usuários de Drogas Injetáveis (UDI) aparece como a principal forma de exposição do vírus, principalmente na Região Sudeste do Brasil (SANTOS et al., 2002; CALAZANS; PARKER; TERTOR JUNIOR, 2022). Posteriormente, na terceira fase, do início dos anos 90 até o presente momento, verificou-se o predomínio do contágio pela prática heterossexual ou bissexual e o aumento da transmissão do vírus para o sexo feminino (BRASIL, 2019).

Nesse contexto, a infecção do vírus HIV entre as mulheres é considerada um problema de saúde pública, sendo que a melhoria da prevenção e o fortalecimento da promoção da saúde devem ser garantidos pelos gestores dessas políticas de saúde pública, além da necessidade de compreender a feminização da AIDS que permeia questões interligadas à história da doença nas mulheres, às relações socioculturais de gênero e às produções de sentido em seu modo de vida (GONÇALVES; WEBER; ROSO, 2013; UNAIDS, 2022).

A confirmação do diagnóstico da soropositividade do vírus HIV provoca grandes impactos, cada indivíduo pode sofrer sensações diferentes, conflitos internos e os mais diversos medos acerca do diagnóstico. Nas mulheres, gera muitas mudanças em suas vidas, tendo como consequência um desequilíbrio significativo em diversos aspectos importantes em diversos âmbitos, tornando necessário aprender a conviver com o vírus HIV, para, depois,

organizar suas convicções e propósitos de vida, dando, assim continuidade ao percurso da vida (CAMILLO; SILVA; CORTES; MAIORINO, 2015; CAVALCANTE et al., 2021).

As mulheres que convivem com o vírus HIV necessitam de apoio e de escuta diante do preconceito da sociedade quanto à contaminação do vírus e também em relação aos seus próprios sentimentos, que por muitas vezes são angustiantes e sofridos, cheios de medo e tensões (CAMILLO; SILVA; CORTES; MAIORINO, 2015).

Constata-se que muitas mulheres não têm acesso a esclarecimentos sobre sexualidade e saúde reprodutiva, tornando-as tímidas em relação ao controle sobre seu corpo e diante da necessidade de tomada de decisões a respeito da sua sexualidade de forma segura e eficaz (MOURA; LIMA; SILVA, 2012).

## 2.4 VULNERABILIDADE DE MULHERES COM HIV/AIDS

A definição de vulnerabilidade compreende um conjunto de contextos coletivos interligados que possibilitam maior exposição ou menor proteção ao HIV/AIDS. Diferencia-se do conceito de risco, centrado nos estudos da epidemiologia. A operacionalização da vulnerabilidade possibilita um modo de avaliar objetiva, ética e politicamente as condições de vida que tornam indivíduos e grupos expostos ao problema e os elementos que favorecem a construção de alternativas reais para o seu enfrentamento.

Compreende-se que o adoecimento em um indivíduo é influenciado por um conjunto de fatores que não se limita apenas ao seu comportamento e aos aspectos biológicos da doença. Entende-se que essa pessoa deve estar inserida num contexto sociopolítico-cultural-econômico e de oferta de serviços de saúde que possa fortalecer ou não uma proteção contra a doença (NICHIATA et al., 2008; AYRES; PAIVA; FRANÇA, 2008; VAL; NICHIATA, 2014; SANCA et al., 2023).

A vulnerabilidade está dividida em três dimensões: individual, social e programática. Nesse contexto, abordaremos sobre os três tipos de vulnerabilidade voltada à suscetibilidade da mulher vivendo com o HIV/AIDS.

### 2.4.1 Vulnerabilidade Individual ao HIV/AIDS

A vulnerabilidade na dimensão individual parte do princípio de que todos os indivíduos são suscetíveis à infecção pelo HIV e conseqüentemente ao adoecimento pela aids. Neste contexto, a vulnerabilidade individual está relacionada a questões como sexo, idade,

atividades e práticas sexuais, raça/cor, renda, escolaridade, acesso a serviços de saúde, dentre outros bens sociais (SANTOS, 2016; CALAZANS; PARKER; TERTOR JUNIOR, 2022).

É crescente o número de mulheres infectadas pelo vírus HIV, pois o contágio envolve as características biológicas, sociais, culturais e psicológicas que estão relacionadas com a vulnerabilidade da mulher (NASCIMENTO et al., 2013). Conforme ao contexto biológico, o contágio na mulher está justificado primeiramente pela própria anatomia feminina.

A vulnerabilidade na mulher com HIV fundamentalmente remete às maneiras como homens e mulheres se relacionam na nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo em relação aos papéis de gênero – que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação da evolução da epidemia (BARBOSA, 1999; SANTOS, 2009).

A literatura traz que a vulnerabilidade nas mulheres na fase da adolescência é maior, devido aos riscos de exposição ao HIV, pela precocidade do aparelho genital, o que pode proporcionar uma maior sensibilidade da mucosa vaginal (DOURADO et al., 2018; MOREIRA et al., 2019).

#### **2.4.2 Vulnerabilidade Social ao HIV/AIDS**

A vulnerabilidade social está ligada ao exercício da cidadania e dos direitos sociais (SILVA, 2016). Em relação à raça/cor, as questões socioeconômicas e culturais permeiam para as mulheres regras de pareamento na maioria das sociedades e faz mulheres mais jovens frequentemente manterem parcerias sexuais com homens mais velhos, que apresentam maiores casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e a exposição pelo HIV (BASTOS, 2002; SANTOS; CORDEIRO; MELO, 2022). Ao praticar sexo sem proteção com esses homens, aumenta a probabilidade destas mulheres jovens se infectarem com as Infecções Sexualmente Transmissíveis, entre elas a infecção ao HIV. Além das consequências diretas sobre a saúde das mulheres, essa assimetria de pareamento contribui com epidemias maiores e mais longas do que seria uma epidemia hipotética, em uma sociedade onde predominam os pareamentos proporcionais.

Alguns autores afirmam que o papel da mulher ainda é de submissão com relação às questões sexuais e que elas são responsabilizadas no que se refere às questões reprodutivas, dificultando o diálogo com seus parceiros e aumentando sua vulnerabilidade ao HIV (SANTOS, 2016).

Além disso, o diálogo com o parceiro sobre o uso da camisinha e a prevenção das IST é considerado difícil para as mulheres jovens, solteiras e casadas, uma vez que a sugestão de atividades de prevenção ou uso de preservativos pressupõe para elas uma quebra de confiança com seu companheiro e pode trazer dúvidas com relação a sua própria fidelidade (GARCIA; SOUZA, 2010).

Alguns fatores sociais tornam as mulheres mais vulneráveis ao HIV/AIDS: o grau de instrução, o tipo de profissão e a pauperização. O nível de escolaridade e o tipo da profissão em mulheres com HIV/AIDS são referências para os marcadores das condições socioeconômicas nessas pacientes (SANTOS et al., 2002; SILVA et al., 2022).

A AIDS acontece em todos os níveis das camadas sociais, entretanto, observa-se que ao longo da história da epidemia tem ocorrido um aumento no número de casos entre as mulheres com profissões menos qualificadas e aquelas com baixo nível de escolaridade. Percebe-se também, que dentre as formas de exposição, embora todas as categorias de transmissão apareçam em todas as camadas sociais, o uso de drogas injetáveis é proporcionalmente prevalente entre as pacientes com baixa escolaridade e com profissões menos qualificadas, e que a transmissão sexual é proporcionalmente mais prevalente nos pacientes de escolaridade mais alta, em ambos os sexos (SANTOS et al., 2002).

Baseado neste contexto, verifica-se que a vulnerabilidade social é uma das marcas na contaminação do HIV para o sexo feminino, devido às questões da desigualdade de gênero. Essas mulheres possuem também necessidades específicas, de grupos específicos, como é o caso das portadoras de HIV/AIDS.

#### **2.4.3 Vulnerabilidade Programática ao HIV/AIDS**

A vulnerabilidade programática é conceituada pelo investimento em ações e programas de saúde diante da prevenção à infecção pelo HIV e da assistência prestada a pessoas vivendo com HIV/AIDS (SANTOS, 2016; AZEVEDO et al., 2022).

A dimensão programática está relacionada à atuação de diversas instituições sociais, familiares, escolas, serviços de saúde, dentro outros que podem contribuir para a diminuição ou, em alguns casos, para o aumento da vulnerabilidade ao HIV/AIDS (AYRES et al., 2016).

Neste contexto, para que os recursos sociais de que os indivíduos necessitam para que não exista contaminação com o vírus HIV e se proteger de seus danos estejam disponíveis de

maneira eficaz e democrática é preciso que se estabeleçam esforços programáticos nesta direção (AYRES et al., 2016; PEREIRA; CRUZ; COTA, 2022).

## 2.5 PRODUÇÃO DO CUIDADO À MULHER COM HIV/AIDS

O cuidado é uma categoria reconstrutiva, por proporciona uma probabilidade reconciliadora entre as práticas de saúde e a vida humana, ou seja, a possibilidade de uma conversa aberta e produtiva entre a tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que quer ser feliz (AYRES, 2011; AYRES, 2022).

Nesse contexto, torna-se importante abordar a importância da gestão da produção do cuidado com o corpo. A combinação de saberes como a clínica do corpo com órgãos e a epidemiologia deram, e dão, subsídios, como conhecimento-ferramenta tecnológica, para a conformação dos campos produtivos em todos os espaços de construção dos processos de cuidado, inclusive de maneira nem sempre iguais, por ser muito grande a variabilidade de composição dentro de cada conhecimento científico e de cada profissão, e mesmo dentro de cada campo de atuação, como no caso da medicina e da saúde pública (MERHY, 2007a).

No momento em que o profissional de saúde se encontra com o usuário no interior de um processo de trabalho com o propósito da produção de atos de cuidados, se estabelece entre eles um espaço de intercessão que sempre existirá, em ato, em seus encontros. Nesse momento, no processo de trabalho em saúde existirá um encontro do agente de saúde produtor (com suas habilidades e conhecimento científicos) e do agente consumidor (com suas necessidades, conhecimentos e concepções). Desse modo, o agente consumidor é, em parte, objeto daquele ato produtivo, mas também é um agente ativo, que interfere no processo (FEUERWERKER, 2014).

O trabalho vivo em ato se configura na ação intencional do trabalho a realizar-se num processo em que o profissional de saúde transforma interessadamente um objeto/natureza para produzir bens e serviços (FEUERWERKER, 2014).

O trabalho é o trabalho vivo, que acontece no exato momento entre profissional de saúde e o usuário. Este consome o trabalho morto, com o objetivo da produção do cuidado (MERHY, 2007b; GOMES et al., 2019).

A produção do cuidado à mulher vivendo com o HIV/AIDS pela fragilidade devido ao sentimento de culpa e de exclusão necessita de ambientes e trabalhadores acolhedores para adesão ao tratamento e busca de qualidade de vida. Tal situação acontece no exato momento em que empregamos as tecnologias em saúde: a leve, a leve-dura e a dura.

Nesse contexto, conhecer suas condições de vida, suas subjetividades tornam-se importante ao empregarmos a tecnologia leve, quando se estabelecem as interações subjetivas na realização do cuidado em saúde, através do uso da fala, escuta, acolhimento e resolutividade.

No encontro usuário-trabalhador devem-se identificar as necessidades das usuárias, consideradas como parte de um grupo especial que teve avanços nos seus direitos aos tratamentos de saúde. São necessidades pela sua condição de vida, de vínculo com os trabalhadores do SAE; biológicas pela sua patologia, de autonomia para o seu auto cuidado e no modo de levar a vida, de acesso a outros serviços de saúde, como também necessidades específicas.

Nesse contexto, neste processo de produção que operacionalizam altos graus de incerteza porque apesar de existir regularidade na produção social e biológicas dos adoecimentos, agravos e desconfortos, ocorre também uma importante singularidade do usuário. Neste sentido, os resultados nos corpos das intervenções terapêuticas também são extremamente variados (MERHY, 1997; FEUERWERKER, 2011).

Neste espaço, o processo produtivo só se realiza em ato nas intercessões entre o profissional de saúde e o usuário. É nesse território (espaço) que a ética do exercício profissional e o conhecimento científico sobre a relação profissional de saúde / usuário tornam-se relevantes, evidenciando a importância do trabalho vivo do profissional neste momento. Percebe-se que é neste território, das relações, dos encontros, que o usuário tem maior autonomia, de interagir e atuar. Às tecnologias empregadas nestes encontros, chamamos de leves (FEUERWERKER, 2014; FEUERWERKER, 2018).

A tecnologia leve-dura ocorre ao aplicarmos o conhecimento científico, da epidemiologia e da clínica, sobre a doença e suas implicações e a tecnologia dura com a utilização de equipamentos e máquinas no cuidar em saúde (MERHY, 2007b; GOMES et al., 2019).

Nessa produção do cuidado, é necessário o emprego das tecnologias leves-duras, para que a mulher possa assumir a responsabilidade pelo seu tratamento, ela deve ser orientada corretamente pelos profissionais de saúde, de maneira a ser conscientizada sobre a doença e seguir a prescrição para a efetiva adesão ao tratamento ao HIV/AIDS (AYRES, 2011). O mesmo autor reforça ainda, no duplo sentido do cuidado com uma pessoa vivendo com o HIV e para o controle da epidemia, a importância do apoio psicossocial.

Nas tecnologias leve-duras a responsabilidade é atribuída aos profissionais de saúde, que são responsáveis pela produção do cuidado às mulheres com HIV/AIDS, através do

emprego do conhecimento científico e por este motivo vivenciam desafios diante de uma doença com problemas crônicos por causa do cuidado que deve ser contínuo, da dificuldade da adesão ao tratamento pelas mulheres e da integralidade da atenção (FERREIRA; SILVA, 2013; CONCEIÇÃO; GOMES, 2021).

Considera-se que o corpo não deve ser visto apenas como máquina, mas sim de forma abrangente, a inseri-lo no mundo real e complexo, principalmente diante da doença HIV/AIDS. Também poderá necessitar de instrumentos e insumos durante o tratamento, próprio da tecnologia dura.

Nesse contexto, salienta-se que quando um profissional de saúde se encontra com uma mulher com HIV/AIDS, no espaço de um processo de trabalho, acontece à produção do cuidado. Configura-se entre estes atores (sujeito/profissionais) um espaço de relação de trocas de experiência e conhecimentos que sempre existirá nos seus encontros, mas apenas nos seus encontros, em atos (FRANCO; MERHY, 2013; GOMES et al., 2019).

A organização da rede de atenção para oferta da produção do cuidado a mulher tem a sua porta de entrada na Atenção Primária à Saúde (APS), quando está procura o serviço de saúde para atendimento nos serviços de saúde que são ofertados pela atenção básica como pré-natal, preventivo e saúde reprodutiva. No pré-natal é realizado o teste rápido para HIV no primeiro e no terceiro trimestre da gestação com o objetivo de identificar o vírus HIV e evitar a transmissão vertical. Nos serviços de saúde reprodutiva e preventivo é realizado o teste rápido para HIV, Sífilis, dentro outros, todas as vezes que a mulher apresenta sintomas de alguma Infecção Sexualmente Transmissível (ISTs) durante a consulta (CELUPPI et al, 2023). Posteriormente quando está gestante é encaminhada para o momento do parto, é obrigatório à oferta do teste para HIV no pré-parto (BATISTA et al., 2021).

Neste sentido, a literatura propõe um novo modelo de cuidado às pessoas que vivem com HIV, que vem sendo discutido e implantado nos serviços de saúde. Este modelo a nível da Atenção Primária à Saúde (APS) direciona o cuidado como centro de reorientação das práticas do manejo do HIV, englobando elementos estruturantes que devem fazer parte das práticas de cuidado, como: serviço de estratificação de risco; capacitação dos trabalhadores de saúde; garantia de suporte técnico aos profissionais; disponibilização de acesso aos exames CD4 e carga viral e viabilização do acesso aos antirretrovirais (BRASIL, 2017; CELUPPI et al, 2023).

Esta produção do cuidado à mulher com o diagnóstico de HIV á nível da média complexidade é ofertada no Serviço de Assistência Especializada (SAE), para acompanhamento, monitoramento e tratamento (BRASIL, 2000; FERNANDES et al., 2020).

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1 CONCEPÇÕES TEÓRICAS SOBRE O CUIDADO DE SI EM MICHEL FOUCAULT

O tema do Cuidado de si foi abordado por Michel Foucault de forma específica durante o curso ministrado no Collège de France entre 1981 e 1982, tendo sido publicado no Brasil sob o nome de “A hermenêutica do sujeito”.

Foucault utiliza a expressão “cuidado de si mesmo” para reportar e traduzir o termo que os gregos utilizavam para designar uma série de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, que é *epiméleia heautoû*, ou seja, é o fato de ocupar-se e de preocupar-se consigo (FOUCAULT, 2004).

Para tanto, ele separa a noção de *epiméleia heautoû* de uma outra noção muito importante para o pensamento ocidental que é a de *gnôthi seautón* – conhece-te a ti mesmo. A *epiméleia heautoû* é, antes de tudo, uma atitude ligada ao exercício da política. Isto é, um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo; de ações que são exercidas de si para consigo pelas quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos.

Conforme Michel Foucault, cuidado de si é uma maneira de atenção e de olhar. Cuidar de si mesmo dar a entender que pode mudar a direção do olhar [...] dos outros, do mundo, do exterior, etc. para “si mesmo”. O cuidado de si contribui na forma certa de estar atento ao que se pensa e ao que passa no pensamento (FOUCAULT, 2010).

O cuidado de si segundo Foucault não é influenciado por um “um simples preparo momentâneo para a vida; é uma forma de levar a vida”. Possui três dimensões: terapêutica, curativa e criativa, em que o indivíduo se insere na sua subjetividade, na sua alma, sendo a dona de si mesma, capaz de produzir autonomia, independência, empoderamento e autogoverno (FOUCAULT, 2009; LAWLOR, 2014; WHITE, 2014).

Neste contexto, é uma maneira de viver a vida, de forma contínua e progressiva, experimentando-se exercitando-se e propondo novas atitudes. Torna-se necessário mudar o olhar sobre as coisas do mundo para conduzi-lo a si” (FOUCAULT, 2010). O cuidado de si consiste em uma espécie de mudança “ética do indivíduo definida relação de si para consigo mesmo” (DALBOSCO, 2010).

O cuidado de si proporciona o sujeito a criar novas relações “com a mulher, com os outros, com as ocorrências, com os eventos cívicos e políticos” (WHITE, 2014). Entretanto, o

cuidado de si avaliado por Foucault propõe que o sujeito desperte de si mesmo, com autonomia, compromisso e calma.

Na área da saúde verifica-se que é admissível averiguar os múltiplos papéis do cuidado de si, que em sua maioria propõe alcançar a direção do olhar para os indivíduos avaliados na sua completude do viver e do cuidar de si, não em um cuidado compartilhado, mas de maneira que se possa melhorar a qualidade do cuidado e da vida dos indivíduos (ZILLI, PERBONI; OLIVEIRA, 2019).

Nesse contexto, ao repensar a realidade das práticas de cuidados em saúde, norteadas pela qualidade e com o propósito da integralidade, podemos direcionar nossos pensamentos sobre o quanto o cuidado de si pode transformar as práticas em saúde, pois, por intermédio do cuidado de si, constitui-se um sujeito capaz de aprender a viver e, assim, a cuidar da própria alma, tendo a possibilidade e o dever de ocupar-se de si (ZILLI, PERBONI; OLIVEIRA, 2019).

Na discussão da noção de cuidado, propõe-se a inspiração da obra do teórico Michel Foucault, principalmente nas publicações existentes sobre ética, que sinalizam o sujeito que constitui a si próprio e as artes da existência, concebidas como ações voluntárias por meio das quais os homens não somente fixam regras de conduta, mas procuram se transformar e fazer da vida uma obra ética e estética.

Acerca da concepção de sujeito trazida por Foucault, o teórico refere que o sujeito não é uma substância, é uma forma nem sempre idêntica a si mesma e seu problema é a história da forma do sujeito, ou seja, se trata de uma abordagem histórica da questão da subjetividade (FOUCAULT, 2004).

Assim, a subjetividade é caracterizada por tudo aquilo que é pessoal, individual e que pertença apenas ao sujeito, processo pelo qual algo se torna constitutivo e pertencente ao indivíduo de modo singular (JAPIASÚ; MARCONDES, 2001). Foucault norteia seus estudos sobre o sujeito e sua relação com a verdade, estudando como esse sujeito é inserido nos jogos de verdade.

Em sua obra, o autor toma como fio condutor as relações entre o sujeito e a verdade, necessitando para essa análise a escolha de métodos que possibilitem e desloquem a questão da episteme para o dispositivo e finalmente para as práticas de si. Foucault denomina os modos de subjetivação como as “formas de atividade sobre si mesmo” que possibilitam o conhecimento da história do sujeito a partir das formas de relação consigo mesmo, as técnicas e os procedimentos mediante os quais se elabora essa relação, os exercícios pelos quais o

sujeito se constitui como objeto de conhecimento, as práticas que permitem ao sujeito transformar seu próprio ser (CASTRO; XAVIER, 2016).

### 3.2 A SEXUALIDADE SEGUNDO MICHEL FOUCAULT

Foucault é considerado um teórico contemporâneo, dentre as suas grandes obras publicadas, destaca-se na área da sexualidade, considerada por alguns filósofos escritores, como uma obra inacabada.

No início do século XVII, a sexualidade foi considerada encerrada e multilada pelo filósofo Foucault. A família conjugal foi interdita. A família era determinada a função da reprodução e procriação de filhos. Em torno do sexo do casal em um quarto se calava. As leis foram impostas pelo casal, legítimo e procriador. A norma é obedecida como modelo, detendo a verdade, guardando o direito da comunicação, mantendo-se o princípio do segredo (FOUCAULT, 1985; GOMES et al., 2022).

Na história da sexualidade, existem modificações dos comportamentos humanos ao longo dos séculos. Essas modificações têm sua importância para entender a sexualidade em cada período, seguindo suas normas, sua evolução e disseminação entre os indivíduos. Nesse contexto, a construção da história da sexualidade influencia as condutas e práticas sexuais a depender do período histórico e social (FOUCAULT, 2005).

O segredo era determinado apenas para o casal, pelo estado e instituições da época. Neste período, o prazer é tido como proibido, secreto e que só pode ser revelado pelos sujeitos através da confissão. Neste contexto, Foucault relata que no momento da confissão era permitida a revelação de toda a sexualidade do casal, desde as cenas eróticas, até mesmo os desejos sexuais do casal que eram confessados ao sacristão e considerados como pecado. Constata-se que através das confissões eram construídas as proibições para os sujeitos na perspectiva da sexualidade. Podemos, assim, dizer que nesse período o sexo é considerado como pecado.

Neste período, também as crianças eram proibidas de falar de sexo, situação que seria própria pela imposição da repressão. As crianças não têm sexo, também não é permitido o direito de praticar o sexo, neste contexto, a estas não era liberado o direito de saber sobre o assunto (FOUCAULT, 1985).

O mesmo autor combate à ideia do sexo reprimido e enfatiza que o mesmo não é objeto de uma mesma teoria, conforme a seguinte afirmação:

“Uma sexualidade que nunca fora dominada com tanto rigor como na época da hipócrita burguesia negociasta e contabilizadora é acompanhada pela ênfase de um discurso destinado a dizer a verdade sobre o sexo, a modificar sua economia no real, a subverter a lei que o rege, a mudar seu futuro. O enunciado da opressão e a forma da pregação referem-se mutuamente; reforçam-se reciprocamente. Dizer que o sexo não é reprimido, ou melhor, dizer que entre o sexo e o poder a relação não é de repressão, corre o risco de ser apenas um paradoxo estéril” (FOUCAULT, 1985).

Conforme o enunciado, constata-se que a repressão sexual se tornava necessária para viabilizar o exercício do poder conforme as condições da ordem social burguesa.

Neste contexto, o autor Foucault (1999), aponta que falar do poder na sexualidade se podia muito bem e muito, mas somente com o propósito de proibi-la nas sociedades cristãs. Enfatizando os dois importantes episódios: primeiro, sobre o esclarecimento, a "iluminação" da sexualidade não é feita só nos discursos, mas também na realidade das instituições e nas práticas. Segundo, que as proibições são reais, potenciais e muito fortes, mas que fazem parte de uma economia complexa em que existem ao lado de incitações, de manifestações, de valorizações. São sempre interditos que são valorizados. Torna-se necessário mudar o cenário, em todo caso, apreender o conjunto dos dispositivos na sexualidade.

A partir do século XVIII, passa-se a falar sobre o sexo com a criança e o adolescente. Entretanto, isso não passou da contrapartida e, talvez com o propósito de funcionar outros discursos, vários, entrecruzados, habilmente hierarquizados e todos estreitamente articulados em torno de um feixe de relações de poder (FOUCAULT, 1985).

Nesta perspectiva, entende-se a contribuição de Foucault com o objetivo de discutir a sexualidade que esclarece o que propusemos a compreender, segundo uma designação neutra e que vem sendo contribuída historicamente, ou seja, o sexo, que não se apropria nem no contexto cultural e nem no âmbito natural, devendo ser conceituado como causa ou resultado do “dispositivo da sexualidade” (FOUCAULT, 1999, p. 100).

Michel Foucault utiliza o nome "dispositivo" quando denomina os discursos que consistem em uma programação de uma instituição, ou uma justificativa de uma prática (ou sua reinterpretação) e/ou uma nova racionalidade (FOUCAULT, 1984).

O teórico escreve que a sexualidade nasce mais como um ponto de passagem particularmente denso pelas relações de poder: entre homens e mulheres, entre jovens e velhos, entre pais e filhos, entre educadores e alunos, entre padres e leigos, entre administração e população. Nas relações de poder, a sexualidade não é o elemento mais rígido, mas um dos dotados de maior instrumentalidade: utilizável no maior número de

manobras, e podendo servir de ponto de apoio, de articulação às mais variadas estratégias (FOUCAULT, 1985, p. 98).

Percebe-se que a sexualidade é manifestada pelo poder entre os indivíduos, independentemente de idade e de sexo, influenciada pela articulação das mais variadas estratégias para se manter este poder. Michel Foucault expõe na sua obra que o poder acontece como uma relação de força entre os indivíduos em uma sociedade, exercido pelo estado, enquanto governo. O estado exerce esse poder à medida que estabelece normas e consegue mudar os comportamentos nos indivíduos.

Em um indivíduo a sexualidade, é uma área mista, entretanto, é manifestada pelo poder que o estado permite a este indivíduo, ou seja, a liberdade de expressão e de comportamentos. Compreende-se que a liberdade é exercida pelos sujeitos que são livres, livres para demonstrar a sua liberdade na sexualidade (FOUCAULT, 2018).

Neste contexto, Foucault define sexualidade como o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede da superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, à formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, conforme algumas grandes estratégias de saber e poder (FOUCAULT, 1988, p. 67).

Foucault tematiza o corpo através da sexualidade e traz na sua literatura que a causa de muitas neuroses é a não manifestação da sexualidade pelos sujeitos devido à repressão vivida pelos indivíduos e imposta pela sociedade (FOUCAULT, 2018).

O autor refere-se ainda à necessidade de libertar-se para que a sexualidade seja natural ou autêntica, ou seja, libertar-se de um conjunto de normas impostas pela sociedade e que não caberia apenas a mudança para novas normas, mas a liberdade total. Percebe-se que a repressão da sexualidade de um indivíduo se inicia ainda na infância, entretanto o sexo na idade infantil é considerado como instrumento de poder.

A sexualidade é uma área na qual o biopoder influencia de maneira privilegiada, principalmente por abranger um aspecto individual, de comportamento a ser controlado, vigiado e disciplinado, vinculado a outro sujeito, relacionado à reprodução, que se insere em processos mais amplos relacionados à população. Esta situação define o limiar do corpo e da população, sujeita a mecanismos disciplinares e regulamentadores articulados entre si. Em relação ao biopoder e no limiar em que se encontra a sexualidade, existe uma luta contínua entre o coletivo e o individual na qual o primeiro tenta disciplinar o segundo que, por sua vez,

inscreve-se no âmbito íntimo, onde as práticas geram novas dimensões ao dito, ou ao não dito, ao interdito, às transgressões e às proibições (MADUREIRAI; TRENTINI RENTINI, 2008).

A sexualidade é conceituada como um conjunto de interferências sociais e culturais e que está muito distante de ser considerada como um fenômeno natural em um indivíduo, portanto a história da sexualidade é a história de valores da sociedade (SANT'ANA, 2016).

Assim, podemos afirmar que a sexualidade em um indivíduo é manifestada através do jeito de ser cada indivíduo, conforme afirma Michel Foucault ele mostra em suas obras que as instituições influenciam a decisão de como manifestar a sexualidade, que é determinada por elas.

Nesse enfoque, constata-se que o sexo é o resultado que configura a natureza de um indivíduo, entretanto, a sexualidade é constituída a partir das imposições culturais que influenciam neste indivíduo. Foucault nos mostra como o sexo influencia na história da sexualidade humana ao longo da vida (FOUCAULT, 1999, p. 147).

No estabelecimento das relações nos fenômenos existe o desarranjo dos conhecimentos diversos, que cumprem tanto os mecanismos biológicos da reprodução, quanto dos determinantes do comportamento social, através do estabelecimento de normas e regras, que são apoiadas por instituições religiosas, jurídicas e educacionais (FOUCAULT, 2005).

Baseado nesse contexto, o sujeito vive oprimindo sua sexualidade, diante da necessidade de realiza-se completamente. Na atualidade constata-se que este controle, imposto pela repressão repercute muito nas decisões da sexualidade dos sujeitos.

### 3.3 PODER E SEXO

Foucault faz uma ligação entre sexo e sexualidade, afirmando que os dois estão interligados e que nessa ligação existe o poder. Para Foucault, toda sociedade é fundamentada numa relação de poder.

Michel Foucault declara que na finalidade de construir uma teoria do poder, existirá sempre a necessidade de considerá-lo como algo que surgiu em um determinado ponto, em um determinado momento, de que se deverá fazer a gênese e depois a indução. Mas se o poder na realidade é um feixe aberto, mais ou menos coordenado (e sem dúvida mal coordenado) de relações, então o único problema é munir-se de princípios que permitam uma análise das relações do poder, pois para o autor, existem as micros relações de poder e cuja inversão pode acontecer (FOUCAULT, 1984).

O poder é estabelecido pela maneira em que ele foi construído em uma relação estratégica em uma instituição. Assim, entende-se que no meio das relações de poder, a mobilidade é o que restringe, e algumas estruturas são consideradas muito difíceis de serem destruídas por terem sido institucionalizadas, pois sua influência é muito sensível na direção da justiça e dos códigos. Esse rigor influencia as relações estratégicas entre os indivíduos (FOUCAULT, 2004; GOMES et al., 2022).

Em relação ao poder que nega a sexualidade, o teórico escreve que o poder jamais estabelece relação que não seja de modo negativo de rejeição, exclusão, recusa, barragem ou ainda, ocultação ou mascaramento (FOUCAULT, 1988). O poder produz influências negativas contra o sexo e os prazeres, que são ausências e falhas; elide elementos, induz discontinuidades, separa o que está junto e determina limites. Esses resultados tomam a forma geral do limite e da lacuna para a convivência de uma sexualidade segura e eficaz para um indivíduo.

Neste contexto, o sexo é considerado como um momento íntimo entre o casal, em que são manifestados os desejos e as paixões entre os indivíduos, tendo o prazer sexual como consequência desse ato. Entende-se que para que isso aconteça torna-se necessário que haja uma atração entre os corpos e que, após a entrega entre os mesmos, a sexualidade é manifestada e empregada nos corpos para que o prazer sexual ocorra.

A literatura traz que nesse ato sexual deve ser manifestado o poder de cada indivíduo a depender de como cada ser se manifesta durante o momento do ato sexual. Nessa manifestação, o indivíduo traz seus desejos e o colocar em prática com seu/sua parceiro(a). Assim, poderíamos afirmar a importância da liberdade de expressão na sexualidade por parte de cada indivíduo, para a concretização do sexo.

O sexo é considerado por alguns autores como a prática sexual desenvolvida entre homens e mulheres, como também entre homossexuais e lebisca. Nesse contexto, as práticas sexuais não determinam o sexo biológico, mas ao contrário: os comentários sobre o sexo conceituam o que se pensa sobre este como algo extremamente biológico (LÉON, 2010).

Entretanto, entende-se que nesta prática existe um poder que influencia esta relação, em que podem acontecer resistências negativas e positivas, determinadas pelo poder.

Nesse sentido, Michel Foucault traz a contribuição que diz que existem resistências nas relações de poder entre os indivíduos. Assim, ele pontua que “[...], nas relações de poder, existe fundamentalmente possibilidade de resistência, pois se não existisse possibilidade de resistência – de resistência violenta, de fuga, de subterfúgios, de estratégias que invertam a situação –, não existiria de maneira algumas relações de poder” (FOUCAULT, 2012, p. 277).

Assim, Michel Foucault conceitua a resistência como “um elemento das relações estratégicas nas quais se constitui o poder. A resistência se apoia, na realidade, sobre a situação à qual combate” (FOUCAULT, 2004). Diante disso, podemos dizer que em toda relação entre casais se mantém um poder e que este é influenciado pela resistência de um indivíduo sobre o outro.

Nessa relação de poder pode acontecer à inversão de papéis entre os casais. Geralmente, a mulher, por uma questão histórica de gênero é a que sempre é submissa ao parceiro na relação a dois. Entretanto, pode acontecer dela deixar de ser submissa e passar a ter o poder na relação. Esse poder também interfere nas práticas sexuais executadas pelos parceiros.

Nesse contexto, a mulher numa relação é geralmente considerada como a mais fraca, sensível, doce, meiga e por isso não define os padrões de rigidez, ao contrário, é vista como a incapaz para decidir sobre os seus valores e o desejo sobre seu corpo. Consequentemente, muitas mulheres não buscam esclarecimentos sobre sexualidade e saúde reprodutiva, limitando o controle sobre o seu corpo e sobre a tomada de decisão a respeito da sua sexualidade de maneira segura e eficaz. Entendemos que esse perfil para a mulher foi construído socialmente e isso torna-se muito evidente na atualidade.

Michel Foucault afirma que o poder é exercido e mantido sobre o corpo da mulher pela sociedade e pelo estado através da mídia, outdoor, programas, dentre outros meios de divulgação de conhecimentos (FOUCAULT, 1984; GOMES et al., 2022). Assim o mesmo autor define poder, como:

“um conjunto de noções que exige análise. Além disso, seria necessário saber até onde se exerce o poder, através de que revezamentos e até que instâncias, frequentemente ínfimas, de controle, de vigilância, de proibições, de coerções. Onde há poder, ele se exerce. Ninguém é, propriamente falando, seu titular; e, no entanto, ele sempre se exerce em determinada direção, com uns de um lado e outros do outro; não se sabe ao certo quem o detém; mas se sabe quem não o possui. [...], sob o velho tema do sentido, significado, significante, etc., a questão do poder, da desigualdade dos poderes, de suas lutas” (FOUCAULT, 1984; GOMES et al., 2022).

O sexo e o poder mantêm uma relação ambígua, eles se entrelaçam, e, com certeza, numa relação entre homem e mulher eles se completam em algum momento, pois torna-se necessário o poder sobre o sexo e o contrário também é eficaz, principalmente num jogo entre corpos.

A abordagem de Michel Foucault em suas obras mostra que o prazer e o poder não se anulam em um corpo, eles se misturam, seguem juntos e se lançam. Os mesmos encadeiam-

se por meio de dispositivos complexos e positivos, de excitação e de incitação (FOUCAULT, 1999).

Michel Foucault declara em sua literatura que o corpo pode ser visto de maneira negativa ou positiva, através da medicina. Traz assim o ato sexual para o corpo como prática muitas vezes benéfica e terapêutica e outras vezes maléfica. Também aponta que a abstinência sexual pode induzir a doenças devido à repressão vivida pelos indivíduos, devido à interferência do estado e da sociedade que é considerada muito forte na construção das personalidades nos sujeitos (FOUCAULT, 1985). Assim torna-se necessário um equilíbrio entre sexo e poder, com o propósito da busca pelo prazer, independentemente de gênero.

Foucault buscou se fundamentar em novas práticas e atitudes, que trouxessem novas condutas, novos modos de viver e a ampliação de novos horizontes nas relações entre os sujeitos. O pensamento do filósofo gerava em torno da proposta da organização de novas formas de alternativas de viver a vida, de convivência a dois e da extração do prazer dos corpos, sem cobranças de como manifestar a nossa identidade sexual.

Nesse sentido, entende-se que o sexo e o poder são necessários com o propósito da busca pelo prazer entre os indivíduos. Até mesmo porque na sociedade atual não encontramos um separado do outro. Entretanto, percebe-se a valorização do corpo, mas ainda a manifestação da sexualidade manifestada com repressão nos indivíduos, o que deve ser mudado, para que ocorra a prática sexual ocorra com liberdade.

Nesse contexto, torna-se necessário a busca pela liberdade, para que a sexualidade seja manifestada e vivida de forma livre e com a realização do prazer pelos indivíduos, sem repressão, com o propósito da sua realização sexual e conseqüentemente liberdade na forma de expressar a sua sexualidade.

A sexualidade deve ser exercida com práticas libertadoras, porém com cuidado para que não haja a destruição da imagem do corpo. Entretanto, o sujeito deve exercer essa sexualidade buscando a satisfação dos corpos através do sexo. Essa satisfação parte do princípio da relação com o outro e de como se exerce a sexualidade entre os dois indivíduos, com o objetivo da plenitude entre ambos e o respeito mútuo.

Percebe-se que Foucault em suas publicações sobre a história da sexualidade, perpassa pelas questões de formação da personalidade do indivíduo, através do uso dos prazeres e o cuidado de si, e a partir daí do cuidar do outro, em que demonstra a relação do poder e que na sociedade contemporânea deixa de ser reprimida, para ser suscitada, enfatizando a sexualidade.

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE PESQUISA

Com o intuito de alcançar os objetivos propostos, optou-se por um estudo qualitativo, com abordagem descritiva-exploratória, por entender que permitirá compreender o fenômeno em sua totalidade.

A pesquisa qualitativa propõe trabalhar com o universo de motivos, valores e atitudes correspondendo aos espaços profundos das relações, dos processos e dos fenômenos, sendo que o processo social ou o fenômeno tem que ser entendido nas suas determinações e transformações dadas pelos sujeitos, abordando o sistema das relações que constroem o modo de conhecimento exterior do sujeito, buscando encontrar, na parte, a compreensão e a relação com o todo (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa requer maior consistência teórica e metodológica, o que tem suscitado discussão sobre maneiras de se fazer investigações desta natureza. Entretanto, a pesquisa qualitativa consiste em procurar respostas acerca de um objeto de forma sistemática, utilizando um conjunto de procedimentos definidos anteriormente (BRAGA et al., 2019).

A pesquisa com abordagem qualitativa leva em conta sentimentos, pensamentos, a liberdade de expressão das pessoas, a sua visão de mundo, seus valores morais, culturais, políticos e religiosos, concepções que respondem a questões muito particulares, pois se preocupa, nas ciências sociais, com aspectos que não podem ser quantificados, visto que permitirá uma maior compreensão e dos significados da realidade (MINAYO, 2014).

A pesquisa qualitativa, traz três pressupostos (MINAYO, 2017): o primeiro é que a trata da magnitude dos fenômenos [...], ou seja, na análise dos dados busca-se aquilo que se repete e pode ser tratado em sua homogeneidade; o segundo pressuposto é que a pesquisa qualitativa trabalha muito menos preocupada com os aspectos que se repetem e muito mais atenta com sua dimensão sociocultural que se expressa por meio de crenças, valores, opiniões, representações, formas de relação, simbologias, usos, costumes, comportamentos e práticas; o terceiro aspecto é que, ao reconhecer sua distinção em relação aos métodos quantitativos, a abordagem qualitativa não está isenta de parâmetros e normas que possam dar-lhe status de cientificidade (ONWUEGBUZIE; LEECH, 2007; MINAYO, 2017).

A pesquisa descritiva, por outro lado, busca descrever os fatos e/ou fenômenos de determinada realidade (FANCINATO, 2015).

Por sua vez, a pesquisa exploratória propõe aumentar a familiaridade com o assunto ainda pouco explorado, porém sobre o qual já existem algumas referências. Ao final de uma pesquisa exploratória se conhecerá mais aquele assunto, e se estará apto a construir hipóteses (SANTOS, 2016).

#### 4.2 CAMPO DA PESQUISA

O campo da pesquisa foi o município de Jequié, localizado na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. O município de Jequié-BA possui uma área total de 3.035 km<sup>2</sup>, distante 365 Km da capital Salvador-BA, com uma população de 152.812 habitantes (IBGE, 2022).

O município de Jequié-BA é sede do Núcleo Regional em Saúde Sul (NRS - SUL), que abrange 28 municípios baiano incluído o próprio município. O município está habilitado na Gestão Plena do Sistema de Saúde, que atende ao processo de municipalização da Norma Operacional Básica do SUS 01/1996. No Plano Diretor de Regionalização é referência para atendimento dos indivíduos diagnosticados com HIV/AIDS e para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) apenas para a população do município, conforme reunião realizada na Programação Pactuada e Integrada (PPI) entre os gestores dos municípios da regional. Esta PPI acontece a cada quatro anos para estabelecimentos das metas e objetivos a serem alcançadas entre os gestores nos municípios.

O município de Jequié possui responsabilidades sanitárias com os municípios do Núcleo Regional em Saúde (NRS - SUL) que estão habilitados na Gestão da Atenção Básica em relação às ofertas de consultas nas especialidades médicas e exames de imagem, sendo que por este motivo os exames e consultas são agendados na Central de Marcação de Exames (CERAJE). A CERAJE é o setor que assume a responsabilidade pela regulação dos procedimentos de média complexidade. Este atua conjuntamente com outros setores da Assessoria de Controle, Avaliação e Auditoria, buscando garantir a intersetorialidade com resultados efetivos na organização dos processos de trabalhos com outros municípios da regional (JEQUIÉ, 2006; GOMES, 2011).

Os municípios que pertencem a este Núcleo Regional em Saúde Sul são: Aiquara, Apuarema, Barra do Rocha, Boa Nova, Brejões, Cravolândia, Dário Meira, Ipiaú, Itagibá, Iramaia, Itagi, Itamari, Itiruçu, Ibirataia, Itaquara, Irajubá, Jaguaquara, Jequié, Jitaúna, Lafaiete Coutinho, Lajedo do Tabocal, Maracás, Manoel Vitorino, Nova Itarana, Planaltino e Santa Inês. Saliento que apenas o município de Ibirataia está contemplado na Gestão plena do

Sistema de Saúde, entretanto em relação ao atendimento para os indivíduos com HIV/AIDS ainda acontece no SAE/CATE na cidade de Jequié - BA.

#### 4.3 CENÁRIO DO ESTUDO

O cenário do estudo foi o Centro de Assistência e Tratamento Especializado (CATE), localizado no município na região do sudoeste do estado da Bahia. O CATE no município de Jequié-BA, é referência para atendimento e tratamento às mulheres diagnosticadas com HIV deste município e mais 25 municípios circunvizinhos da região sudoeste da Bahia.

No CATE, trabalha uma equipe multiprofissional que presta o atendimento à mulher desde o diagnóstico até o tratamento, sendo a mesma composta por médicos, enfermeiros, psicólogo, odontólogo, assistente social, bioquímico, farmacêutico, técnico de enfermagem, dentre outros.

A equipe multiprofissional do CATE, também é referência para oferecerem as seguintes atividades: consulta médica nas especialidades de ginecologia, infectologia e pediatria, consulta de enfermagem, controle e distribuição dos antirretrovirais, orientações farmacêuticas, realização de exames para monitoramento, distribuição de insumos de prevenção (camisinhas), atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle das IST e da AIDS.

Entretanto, a pesquisa foi desenvolvida no Serviço de Assistência Especializada, considerado uma importante estratégia a nível ambulatorial, pelas políticas públicas do Ministério da Saúde para o acompanhamento, monitoramento e tratamento para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. O serviço propõe a redução à morbidade e mortalidade relacionadas à AIDS no país (BRASIL, 2000; FERNANDES et al., 2020). Os profissionais de saúde deste serviço são responsáveis em desenvolver o cuidado direto as pessoas vivendo com HIV/AIDS.

#### 4.4 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes desta pesquisa foram cinco mulheres que são acompanhadas pelos profissionais de saúde que atuam no SAE de HIV/AIDS do CATE do município de Jequié – BA. Para estas participantes foram utilizados os seguintes critérios de inclusão neste estudo:

- a) Mulheres cadastradas e acompanhadas pelos profissionais de saúde pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) e possuir idade igual ou maior que 18 anos e estar em tratamento há mais de 6 meses;
- b) Mulheres com ciência da soropositividade ao HIV/AIDS e que sejam acompanhadas pelo serviço, pois são essas que recebem os cuidados prestados pelos profissionais de saúde que atuam no SAE de HIV/AIDS;
- c) Mulheres que seja anuente à pesquisa, e que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Participaram também, quatros profissionais de saúde que foram contatados no SAE, no CATE em seu local de trabalho e convidado a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão na pesquisa foram os profissionais de nível superior e ter mais de dois anos atuando com mulheres com diagnóstico do vírus HIV/AIDS. Ao aceitarem participar da pesquisa, todos os profissionais de saúde assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na fase de coleta dos dados, os participantes da pesquisa receberam recomendações: [...] foi assegurado à escolha do local em consultórios no CATE e a observação aconteceu durante o desenvolvimento das consultas, através da troca de conhecimentos empíricos e científicos entre as participantes e do conjunto das características, as experiências e expressões que a pesquisadora planejou conhecer com seu estudo; privilegiando os informantes da pesquisa, os indivíduos sociais que detêm os atributos que o investigador propôs conhecer; definindo claramente o grupo social mais relevante, no caso de se trabalhar com vários subconjuntos: é sobre ele que o pesquisador deve concentrar grande parte de seus esforços; [...]; não desprezando informações importantes, que se destacam e não são repetidas, cujo potencial explicativo é importante para a descoberta da lógica interna dos dois grupos entrevistados; [...]; certificar-se de que o conhecimento empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido; sempre que necessário, prevendo uma triangulação das técnicas empregadas e até dos métodos. Isto é, em lugar de se restringir a apenas uma fonte de dados, multiplicar as tentativas de aproximação (MINAYO, 2017).

As mulheres foram identificadas com a letra M, seguida da numeração sequencial à medida que as entrevistas eram realizadas, M1, M2 e assim conseqüentemente. Os profissionais de saúde, foram identificados como PS, seguido de número na ordem de aparecimento das entrevistas PS1 e PS2. Em relação às observações, foram identificadas no final de cada parágrafo conforme as descrições realizadas no corpo dos resultados da Tese.

Na fase da coleta dos dados, ressalto que quando ocorreu à saturação dos dados, a coleta, foi encerrada. Entende-se por saturação como um termo que se refere a um momento do pesquisador em campo em que a coleta de novos dados não traz mais esclarecimentos para o objeto de pesquisa (GLASER; STRAUS, 1967; MINAYO, 2017).

Neste sentido, no SAE existem duas enfermeiras referência em HIV/AIDS para prestarem cuidado as mulheres, um médico infectologista e uma assistente social. Ressalto que no SAE/CATE existem outros profissionais de saúde para atendimento as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites virais, entretanto, como definimos critérios para participantes da pesquisa, esses outros profissionais não participaram da pesquisa.

#### 4.5 TÉCNICA PARA COLETA DOS DADOS

Na fase de coleta de dados foram empregadas às técnicas da entrevista semiestruturada e a observação sistemática. A primeira permitiu um espaço relacional, como uma estratégia em que se colhem as informações por meio de falas dos sujeitos investigados buscando nos discursos fatos, ideias, concepções, percepções, crenças, comportamentos, enfim as subjetividades. Essa etapa exigiu uma interrelação de confiança entre a pesquisadora e os entrevistados.

Na técnica de entrevista foi utilizado como instrumento um roteiro semi-estruturado (Apêndices B e C) para facilitar a abertura, ampliação e aprofundamento da comunicação sobre o tema, dando liberdade de falas para o enriquecimento da investigação (MINAYO, 2014). Participaram desta técnica de entrevista os profissionais de saúde que atuam no SAE e todas as mulheres vivendo com HIV/AIDS que participaram simultaneamente da técnica de observação.

As entrevistas foram gravadas com a ajuda de um aparelho de gravação digital, após autorização dos participantes, conhecimento dos objetivos, aceitação dos informantes e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). A coleta de informações foi realizada pessoalmente, nos locais e horários definidos pelos participantes. As entrevistas foram transcritas do gravador, da forma como foram gravadas e após transcrição, buscou estabelecer as categorias que traduzam as informações das participantes das pesquisas nas gravações. Em seguida, fizemos leitura criteriosa do material.

Outra técnica utilizada foi à observação (Apêndice D) para penetrar na dinâmica do Serviço de Assistência Especializada em situações variadas, fatos, fenômenos, como também durante a realização da consulta realizada pelos profissionais de saúde que prestam

atendimento às mulheres com o HIV/AIDS buscando compreender contradições, provisoriedade e relações (RICHARDSON, 2017).

Na fase de coleta de dados em campo mediante a pandemia pelo novo SARS-COVID – 19 foram vivenciadas as seguintes dificuldades: algumas mulheres agendavam para atendimento com os profissionais de saúde (médicos, enfermeiras e assistentes social) e não compareciam para atendimento no Serviço de Assistência Especializada. Neste período, foi constatado até mesmo turnos de trabalho que estas participantes não compareciam para atendimento com os profissionais de saúde, mesmo estando agendadas para atendimento. Este fato prejudicou a realização das entrevistas e observação com os profissionais de saúde com as mulheres durante as consultas.

O período de coleta de dados foi de março a maio de 2021, nos seguintes turnos, segunda-feira à tarde, terça-feira manhã e tarde e quinta-feira manhã e tarde. Estes turnos são os turnos para agendamento simultâneos para os profissionais médico e enfermeira do SAE.

A técnica de observação empregada foi com os profissionais de saúde que prestam atendimento às mulheres vivendo com HIV/AIDS. As mulheres participaram desta técnica apenas como usuária deste processo de produção do cuidado na pesquisa durante a realização das consultas. Todos os participantes foram informados que estavam sendo observados durante a realização da consulta as mulheres vivendo com HIV/AIDS. Posteriormente, após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido era iniciada a técnica de observação destes participantes que contribuiu com a construção da pesquisa.

A observação sistemática aconteceu por meio do contato direto, que foi estabelecido através de relações informais entre os participantes da pesquisa que estavam sendo observada e a pesquisadora que lançou mão de recursos variados para a coleta e análise das informações e dos dados (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

Na fase de coleta de dados foi utilizado um roteiro de campo, no qual, previamente, a pesquisadora estabeleceu as diretrizes a serem exploradas, quer dizer, as questões que se devia observar de acordo com os objetivos propostos para a pesquisa, sem preocupação de segui-las com rigidez absoluta, deixando espaço para "imponderáveis", situações imprevistas, percepções da pesquisadora a partir de determinadas situações, fatos, diálogos ou lembranças, estabelecendo conexões lógicas entre dois ou mais elementos (FERNANDES; MOREIRA, 2013).

As observações foram realizadas diariamente, paralelamente com as entrevistas. Nessa fase da coleta em campo, para o emprego da técnica de observação, foi utilizado um diário de campo, com o propósito de registrar as informações sobre as conversas e o processo

de trabalho dos profissionais de saúde com as mulheres com HIV/AIDS durante o desenvolvimento das consultas. O diário de campo é um caderno de anotações das observações, em que a pesquisadora, dia a dia, vai escrevendo o que se observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista (MINAYO, 2014). Após o término de cada observação em cada consulta realizada no Serviço de Assistência Especializada foram expressos os agradecimentos para os participantes da pesquisa, por colaborar com a mesma.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Neste estudo foram atendidas as diretrizes contidas nas Resoluções nº 466/2012 do CNS e a 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando o direito do indivíduo em aceitar ou não participar da pesquisa, desistir ou anular o consentimento em qualquer fase da mesma, assegurado aos entrevistados o anonimato nas transcrições e divulgação dos seus discursos, na perspectiva de respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural (BRASIL, 2012; BRASIL 2016).

Quanto aos benefícios para os participantes da pesquisa, a mesma contribuirá para melhoria na produção do cuidado as mulheres que vivem com HIV/AIDS, além de proporciona melhor qualidade de vida destas participantes. Também melhoria nas condições de trabalho dos profissionais de saúde que atuam no cuidado às mulheres.

A proposta de outro benefício será a apresentação dos resultados aos profissionais de saúde de trabalho do CATE, após a defesa da tese.

Conseqüentemente, a pesquisa após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), através do CAAE número: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055, iniciou à coleta dos dados. Por sua vez, as mulheres que estão vivendo com o vírus HIV/AIDS, aceitarem participar da pesquisa e todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando sigilo da pesquisa e anonimato das informações, contidas nas entrevistas, como também a autorização para publicação dos resultados da pesquisa em artigos, revistas e divulgação em eventos técnicos - científicos nacionais e internacionais.

#### 4.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram analisados, e cada categoria construída foi dimensionada baseada na análise qualitativa de conteúdo. Neste sentido, a análise dos dados fundamentou-se

na análise de conteúdo defendida por Bardin, que consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN, 2016).

Posteriormente, buscando uma estratégia para o entretencimento com a análise dos dados qualitativos, escolhemos o *Qualitative Data Analysis Software* (WebQDA). Este é um software qualitativo, que permite a análise de dados na área da saúde. O WebQDA funciona num ambiente colaborativo e que pode ser utilizado por discentes, docentes e pesquisadores.

O WebQDA permite a realização da análise dos dados, através da análise de conteúdo de Bardin. A seguir serão descritos os sete passos da análise de conteúdo com o uso do software WebQDA (COSTA; AMADO, 2017):

1<sup>o</sup> passo: Definição do problema, objetivos da pesquisa e fundamentação teórica - o primeiro passo não está diretamente associado ao trabalho com o software WebQDA, torna-se importante que a pesquisadora tenha bases no uso do software. Posteriormente, a definição do problema bem como os objetivos propostos para o estudo condiciona “todas as decisões a tomar no próximo passo, quer em aspectos aparentemente marginais ao conteúdo, quer em aspectos mais relevantes para o seu entendimento” (AMADO; COSTA; CRUSOÉ, 2014, p. 309).

2<sup>o</sup> passo: Organização do corpus dos dados - a organização inicial dos dados interfere no percurso que a pesquisadora traçou na exploração do WebQDA. Nessa fase, entende-se que se a pesquisadora aplicou um roteiro de entrevista com questões abertas e assim organizou os dados com as respostas dos participantes. A construção e análise de um corpus de dados constituem algo de completo e dinâmico, tornando necessária uma ferramenta que flexibilize este processo (AMADO; COSTA; CRUSOÉ, 2014). Desse modo, os mesmos autores afirmam que “introduzir novos dados e categorias ao longo das várias fases de processo de análise sem a utilização de um software específico, é demasiado árduo, tornando-se pouco viável na maioria das investigações” (AMADO; COSTA; CRUSOÉ, 2014).

3<sup>o</sup> passo: Leitura dos dados - a leitura inicial ou a primeira leitura dos dados funciona como uma pré-análise dos mesmos. Entretanto, no WebQDA existem funções que podem ajudar na primeira definição das categorias ou sub-categorias. Este passo independe do caminho que for usado para a definição das categorias, emergindo estas dos dados (categorias empíricas) ou do referencial teórico (categorias teóricas), sendo que a pesquisadora encontrou na pesquisa as “Palavras mais frequentes”.

3.1 Pesquisa de texto - Enquanto a pesquisa das palavras mais frequentes procura todas as palavras mais repetidas num determinado texto, a pesquisa de texto pode ser feita por palavras ou conjuntos de palavras que o utilizador designar. Neste caso, é o utilizador que pensa previamente numa palavra ou expressão e efetua uma pesquisa para verificar a existência no corpus de dados.

4<sup>o</sup> passo: Categorização e codificação - o Sistema de Codificação é o “cérebro” de um projeto de pesquisa no WebQDA. Isso não significa que existam processos de inteligência artificial que codifiquem ou criem categorias e taxonomias com base em algum processo alheio ao utilizador. É o próprio utilizador que escolhe, cria e interpreta as palavras e frases do seu corpus de dados disponibilizado nas fontes. Nessa área, o utilizador pensa e estrutura os dados em atributos, rótulos e códigos, sejam esses descritivos ou interpretativos. Esses códigos não são estruturados de forma aleatória ou improvisada, mas de acordo com as ferramentas de codificação disponíveis nessa área específica do WebQDA.

O sistema de codificação disponibiliza as seguintes funcionalidades: 1) Códigos livres, 2) Códigos em árvore, 3) Descritores e 4) Classificações (COSTA; AMADO, 2017). Estas ferramentas conferem ao utilizador organização e ao mesmo tempo, liberdade e flexibilidade para codificar os dados de acordo com as questões de investigação.

Algumas dessas funcionalidades são utilizadas para a codificação interpretativa (Códigos Livres e Códigos em Árvore), outras são usadas para a codificação descritiva (Descritores e Classificações).

Numa segunda leitura dos dados nas suas respectivas categorias o utilizador tem oportunidade de reformular e redefinir o seu sistema de categorias. Normalmente, o mapa conceptual inicial sofre bastantes ajustes no decorrer da análise dos dados.

5<sup>o</sup> passo: Formulação de perguntas - O webQDA contém várias ferramentas para apoiar esse processo de questionamento e de pesquisa de respostas. Se a codificação é o cérebro do webQDA, o questionamento é o coração. Essas ferramentas permitem efetuar pesquisas nos dados que não seriam viáveis ou mesmo possíveis sem tais recursos. Por outro lado, elas não dão resposta direta às perguntas do utilizador, mas um conjunto de indicadores que o auxiliam a construir as suas respostas. Nesse contexto, a vantagem é que com o webQDA podemos sempre voltar atrás e refazer parte do processo, com o intuito de aumentar a validade interna da análise.

6<sup>o</sup> passo: Matrizes de análise - o questionamento se formulou para estruturar o desenvolvimento das Matrizes é uma das mais importantes e versáteis ferramentas de que o utilizador dispõe no webQDA. As matrizes que cruzam as codificações descritivas e

interpretativas são elementos valiosos que apoiam a análise, com o intuito de responder às questões de investigação do projeto. Neste contexto o ato de questionar por parte do utilizador é fundamental.

7<sup>o</sup> passo: Apresentação dos resultados - a apresentação final não obedece a figurinos. Entretanto, sugerimos, que a estrutura do texto de apresentação dos dados siga muito aproximadamente a estrutura da matriz. Isto é, os temas, as categorias e as subcategorias poderão vir a constituir capítulos, subcapítulos e alíneas do texto. Na sequência da proposta de um equilíbrio entre a análise quantitativa e a qualitativa, a apresentação poderá ser feita combinando o texto descritivo-interpretativo com tabelas, quadros sinópticos e matrizes que revelem o sistema de categorias e suas particularidades.

Nesse sentido, entende-se que os indicadores constituem um primeiro esboço do texto, na medida em que neles se “resume” o sentido das unidades de registro (no caso do webQDA, designado como referências), a atenção a eles dada e a ordem da sua disposição também facilitará a escrita. Essa atenção aos indicadores é ainda um fator de aprofundamento da análise, na medida em que na passagem à escrita na apresentação dos dados haverá sempre aspetos e lógicas do discurso que no momento da construção da matriz podem não ter sido objeto de ponderação. Nesse contexto, deve-se seguir a estrutura da matriz na elaboração do texto. Convém, pois, no início de cada capítulo ou sub-capítulo, redefinir operatoriamente o conceito ou conceitos de donde partimos (definir a categoria ou subcategoria) de modo a que o leitor perceba o que realmente traduz cada categoria.

As vantagens e desvantagens com a utilização deste software WebQDA são descritas a seguir. As vantagens são adequabilidade ao tipo de investigação, adaptabilidade ao desenho da resposta e funcionalidades do software. As desvantagens são: as competências computacionais que os pesquisadores têm que possuir. Outros autores, afirmam que o software é menos útil para abordar questões relacionadas à validade e confiabilidades nas ideias temáticas que emergem durante a análise dos dados (COSTA; REIS, 2017).

A seguir, apresentaremos no **quadro 2** a descrição da técnica de análise qualitativa do Software WebQDA, ressaltando que a escolha aconteceu mediante a aproximação com a análise de conteúdo proposto por Bardin, de acordo com desdobramento na pesquisa.

**Quadro 2** - Descrição da técnica de análise qualitativa do Software WebQDA.

<b>ANÁLISE QUALITATIVA DE DADOS COM O <i>SOFTWARE</i> WebQDA.</b>
<b>Levantamento e organização do material no webQDA</b>
Reunião de todas as informações e dados oriundos com o apoio na leitura flutuante ou ativa, organizando-os no Sistema Fontes do WebQDA.
Criação de sistema de análise com códigos livres e códigos árvore (categorias de análise) com no máximo três (3) palavras – análise sintética. Criação e estrutura de códigos no WEBQDA, reproduzindo o que foi codificado manualmente.
Detalhamento explicativo das categorias no software – análise descritiva.
<b>Codificação do conteúdo informativo, levando em conta os diferentes ciclos de validação. Seleção do texto e codificação de acordo com os códigos criados.</b>
Validação do sistema de categorias codificadas (códigos árvore). Referências na linguagem do webQDA, codificadas nas dimensões, categorias e subcategorias. Validação da capacidade da codificação, por confiabilidade e validade.
Questionamento do sistema de categorias codificadas (códigos árvore), formulando perguntas sobre a relação entre os códigos descritivos e os códigos interpretativos (códigos livres e códigos árvore). A construção de respostas aos nossos questionamentos foi facilitada pelas várias ferramentas do webQDA.
<b>Elaboração do texto final descritivo, interpretativo e de triangulação com a literatura (discussão).</b>
O webQDA forneceu informações, matrizes e referências na construção das inferências e discussão dos dados. O texto final seguiu metodologia própria e ofereceu uma visão geral do sistema de análise (dimensões, categorias e subcategorias), utilizando-se rigorosamente dos dados codificados.

**Fonte:** Cruz (2022).

## **5. RESULTADOS**

**5.1 MANUSCRITO 1 – PRODUÇÃO DO CUIDADO AS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS** - Preparado e adequado conforme as normas da Revista Brasileira de Enfermagem – REBEn (Qualis A1).

**5.2 MANUSCRITO 2 – TECNOLOGIAS EM SAÚDE APLICADAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO AS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS** – Preparado e adequado conforme as normas da Revista International Journal of Development Research (Qualis A2).

**5.3 MANUSCRITO 3: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS** – Preparado e adequado conforme as normas da Revista de Enfermagem UFPE on line (Qualis B3).

## MANUSCRITO 1:

### PRODUÇÃO DO CUIDADO AS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

#### RESUMO

Este estudo faz parte de um recorte da tese de doutorado intitulada “Produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS”. **Objetivo:** compreender a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada, na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada com quatro profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada e cinco mulheres cadastradas e acompanhadas. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e da observação sistemática, analisados e processados a partir da aproximação entre a análise de conteúdo e o software WebQDA. **Resultados:** após análise dos resultados emergiram duas categorias: Categoria 1: produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV e Categoria 2: fluxograma percorrido pelas mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Considerações finais:** a produção do cuidado a mulheres vivendo com HIV/AIDS é desenvolvido a partir das necessidades de saúde que estas apresentam e são diagnosticadas pelos profissionais de saúde durante a realização da consulta no SAE e neste cuidado constata um cuidado especializado, centrado na sua condição clínica.

.

**Descritores:** Cuidado; Fluxograma; HIV; Mulheres; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

**Descriptors:** Careful; Flowchart; HIV; Women; Acquired Immunodeficiency Syndrome.

**Descriptores:** Cuidadoso; Diagrama De Flujo; VIH; Mujer; Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

#### INTRODUÇÃO

A política de saúde a nível internacional voltada às pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (PVHIV) recomenda a cascata de cuidados contínuos. Esta estratégia de atenção à saúde é composta por etapas sequenciais no cuidado que iniciam pelo diagnóstico oportuno da pessoa infectada pelo *Human Immunodeficiency Virus* (HIV),

estabelecido pelo vínculo deste indivíduo ao serviço de saúde, sua retenção ao seguimento clínico e laboratorial, seu início célere do tratamento e promoção da adesão à terapia antirretroviral (TARV), para alcance da supressão viral e da melhoria da qualidade de vida <sup>(1)</sup>.

O cuidado na área da saúde se depara com elementos do trabalho relacionados à uma produção entre (profissional de saúde e usuária), na medida em que valores e modos de produção são compartilhados nos encontros necessários para o estabelecimento e negociações das ações de cuidado<sup>(2)</sup>.

O processo de cuidar requer um olhar ampliado da pessoa, pois, o cuidado não se faz apenas sobre a disfunção ou lesão de órgãos, ele deve contemplar toda a vida de um indivíduo, por se tratar de um ser complexo, que, além do seu problema de saúde mais objetivamente diagnosticado, traz sua história de vida, suas expectativas, desejos, relações de afeto, familiar, produzida em determinado meio <sup>(3)</sup>.

O profissional de saúde quando atua no seu campo de trabalho, interage ao mesmo tempo com seus saberes e modos de tomada de decisão, determinados em primeiro lugar pela existência de um saber estruturado sobre os problemas de saúde em que se dirige a um plano irrelevante à dimensão cuidadora <sup>(4)</sup>.

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem impulsionar a incorporação de novas práticas em saúde, capazes de promover mudanças no cuidado às mulheres vivendo com o vírus HIV/AIDS.

Com o propósito de contribuir na produção de novos conhecimentos acerca da produção do cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada, traçamos a seguinte questão norteadora: Como se desenvolve a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Serviço de Assistência Especializada, na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil?

## **OBJETIVO**

Compreender a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada, na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

## **MÉTODOS**

### **Tipo e cenário do estudo**

Trata de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa<sup>5</sup>, realizada com mulheres com HIV/AIDS que estão em tratamento no Serviço de Assistência Especializada do Centro

de Assistência e Tratamento Especializado (SAE/CATE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia. Neste município, a organização do SAE foi estabelecida no Plano Diretor de Regionalização que aconteceu numa reunião realizada entre os gestores municipais na Programação Pactuada e Integrada (PPI).

A pesquisa foi desenvolvida no SAE/CATE, após apresentação do projeto de Tese e autorização da Secretária Municipal de Saúde e do coordenador do SAE/CATE para início da coleta dos dados.

### **Participantes da pesquisa**

Os participantes desta pesquisa foram selecionados levando-se em consideração os critérios de inclusão propostos para o estudo, sendo constituído de dois grupos. O grupo 1 foram quatro profissionais de saúde que atuam no cuidado direto as mulheres vivendo com HIV/AIDS no SAE/CATE), do município da região do Sudoeste do Estado da Bahia. E o critério para o grupo 2, foram cinco mulheres cadastradas e que são acompanhadas pelo SAE e possuíam idade igual ou maior que possuem 18 anos, que estivessem em tratamento há mais de 6 meses e mulheres com ciência da soropositividade ao HIV/AIDS, pois são essas que recebem os cuidados prestados pelos profissionais de saúde que atuam no serviço.

### **Coleta e organização dos dados**

Os dados foram produzidos no período de fevereiro a maio de 2021. Na fase de coleta dos dados foram realizadas cinco observações dos profissionais de saúde realizando a consulta com as mulheres em tratamento para HIV/AIDS no SAE e estas mulheres consequentemente também fizeram parte da entrevista na fase da coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas com ajuda de um gravador, realizadas em salas privativas no próprio SAE. O número de mulheres que participaram da entrevista foi estabelecido a partir do critério de saturação <sup>(6)</sup> empírica dos dados. Posteriormente, ordenamos os dados coletados por meio da transcrição do conjunto das entrevistas gravadas e realizamos a leitura flutuante identificando os núcleos dos sentidos contidos nas falas dos entrevistados. Na fase de organização e codificação dos dados analisados foi utilizado o *software* de análise de dados qualitativos denominado *Qualitative Data Analysis Software* (WebQDA).

A análise dos dados com WebQDA constitui-se dos seguintes passos: definição do problema; objetivos de trabalho e fundamentação teórica; organização do corpus de dados; leitura dos dados; categorização e codificação, formulação de questões; matrizes de análise e apresentação de resultados<sup>(7-8)</sup>.

### Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa atendeu as diretrizes contidas na Resolução 466<sup>(9)</sup>, de 12 de dezembro de 2012 e a da resolução 510/2016<sup>(10)</sup>, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, garantindo o sigilo das informações e a utilização dos dados produzidos para fins científicos. A coleta teve início, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade responsável, através do CAAE número: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055.

As entrevistas dos participantes da pesquisa foram identificadas no texto por um número, conforme a ordem crescente das entrevistas realizadas, ou seja, entrevista nº 1 leia-se, (PS 1) para profissional de saúde e (M 1) para as mulheres, e assim sucessivamente na ordem de aparecimento no texto. Em relação à observação, cada situação acompanhada durante as consultas foi registrada relacionada à ordem da sequência da observação e ao membro participante da pesquisa.

## RESULTADOS

As análises das características sociodemográficas foram descritas na Tabela 1.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa no SAE. Bahia, Brasil, 2021.

Variáveis	Participante da pesquisa	Sexo	Faixa etária	Raça/Cor	Renda familiar
	Profissional de Saúde	F	37	Branca	5 salários mínimos
	Profissional de Saúde	F	48	Parda	20 salários mínimos
	Profissional de Saúde	F	54	Branca	5 salários mínimos
	Profissional de Saúde	M	41	Pardo	25 salários mínimos

Fonte: Pesquisa de campo.

Os participantes da pesquisa constituíram-se de quatro profissionais da saúde, com longa experiência no cuidado direto às pessoas com HIV/AIDS, atuando neste SAE/CATE. Saliento que em relação à categoria profissional, existem outros profissionais de saúde neste serviço que atuam no cuidado a usuários diagnosticados e/ou em tratamento para HIV/AIDS, entretanto, estes não desenvolvem o cuidado direto a mulheres e sim a outros grupos populacionais e as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites virais. Os participantes desta pesquisa na categoria profissionais de saúde são na sua maioria do sexo feminino três e um masculino. Quanto à categoria profissional, duas são enfermeiras, uma assistente social e um médico. Em relação à idade dos profissionais de saúde oscilou entre 37 anos a 54 anos de idade.

**Tabela 2** – Características sociodemográficas das mulheres que participaram da pesquisa no SAE - CATE. Bahia, Brasil, 2021.

<b>Variáveis</b>	<b>Participante da pesquisa</b>	<b>Faixa etária</b>	<b>Raça/Cor</b>	<b>Escolaridade</b>	<b>Religião</b>	<b>Renda familiar</b>
	Mulher 1	63	Parda	Analfabeta	Católica	1 salário
	Mulher 2	27	Parda	Analfabeta	Evangélica	2 salários
	Mulher 3	60	Negra	8ª série	Católica	Bolsa família
	Mulher 4	39	Negra	6ª série	Católica	Bolsa família
	Mulher 5	35	Parda	7ª série	Católica	1 salário

**Fonte:** Pesquisa de campo.

Participaram das entrevistas e observações cinco mulheres, com a idade variando entre 27 anos a 63 anos de idade. Em relação à raça/cor das mulheres constata-se que a maioria referiu à cor parda e apenas duas a cor negra. Em relação à escolaridade as mulheres declararam baixo nível de escolaridade. Quanto à renda família, as participantes mulheres referiram, receber no máximo dois salários mínimos.

Após análise e tratamento dos dados emergiram as seguintes categorias empíricas: produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS e fluxograma percorrido pelas mulheres vivendo com HIV/AIDS no SAE.

## **Categoria 1 . Produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS**

### **Subcategoria 1.1 – Produção do cuidado**

Nesta categoria, a produção do cuidado ofertadas pelos profissionais de saúde às mulheres vivendo com HIV/AIDS está fundamentada em conhecimento técnico científico, capaz de nortear o ato de cuidar de si pelas mulheres.

Em relação ao cuidado é realizado através da consulta, a anamnese e exame físico. É uma análise das necessidades da paciente. A gente faz um atendimento clínico específico para o acompanhamento e o tratamento do HIV. (PS 1)

A gente sempre teve uma visão integral de assistência às mulheres, sejam elas em qualquer faixa etária. [...] agente procura assistir de forma integral, olhando todos os aspectos e encaminhando aquilo que a gente não puder resolver ou não tiver ao nosso alcance enquanto enfermeiro. (PS 2)

Nestes trechos foi constatado o desenvolvimento do cuidado pelos profissionais de saúde às mulheres no Serviço de Assistência Especializada, ou seja, estas prestam o cuidado durante a consulta de enfermagem, desenvolvendo nesta as fases: anamnese, o exame físico, diagnóstico e tratamento, ou seja, estes busca atender a mulher de maneira integral, em todas as suas necessidades de acordo ao seu ciclo de vida. Entretanto, as profissionais deixam claro que estes atendimentos são desenvolvidos de acordo com suas competências profissionais.

Na fala que se segue, a mulher destaca a satisfação na qualidade dos serviços ofertados pelos profissionais de saúde do Serviço de Assistência Especializada.

O serviço é ótimo, foi muito bom, [...]? Tem dez anos que eu estou acompanhado aqui. Fiquei um tempo sem vim porque começou esse negócio do coronavírus [...] aí depois que eu voltei e comecei a me cuidar de novo, mas é muito bom isso aqui. (M 3)

Em outras narrativas durante o desenvolvimento da consulta realizada com o profissional de saúde do Serviço de Assistência Especializada (SAE), constata:

No início da consulta com a profissional de saúde 1, a mesma começa utilizando o prontuário da mulher em tratamento para HIV/AIDS para conhecer sua história clínica, pois conforme relato da profissional de saúde está participante não havia sido avaliada

por ela anteriormente. Essa consulta foi a primeira vez que esta participante que teve o seu diagnóstico em 2020 era atendida por esta enfermeira. Em seguida, essa mulher informou que o marido não tinha conhecimento do diagnóstico dela em relação ao HIV, pois ela referiu medo de contar para o parceiro. A mesma relatou que, só no final do ano de 2020 contou o diagnóstico para o seu parceiro e que o mesmo realizou o exame de HIV e apresentou resultado negativo. Revelou que têm dois meses que o parceiro dela fez o exame de HIV, para saber se estava infectado com o vírus e que a mesma faz uso do preservativo, em todas as relações sexuais e que não são muitas. (Observação da participante M1)

Na realização de outra consulta foi identificado pela profissional de saúde que a mulher é faltosa no SAE, após a análise do prontuário. No início da consulta, a profissional de saúde orientou sobre a importância da regularização do atendimento para adesão ao tratamento para HIV/AIDS. Nesta observação, constatou que a mulher é de um município circunvizinho e foi relatado pela participante sobre a dificuldade de transporte do município de origem para deslocamento para continuidade do seu tratamento no SAE. A participante mulher descreveu também que ficou um período sem o remédio e por este motivo sua carga viral (LTCD4+) estava baixa. (Observação da participante PS 2).

### **Subcategoria 1.2 – Vínculo no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS**

Esta subcategoria apresenta aspectos relacionados o vínculo no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Nesta fala é possível constatar a importância do vínculo com a gestante diagnosticada com HIV em relação à questão do acompanhamento do pré-natal no SAE e na Unidade de Saúde a qual é acompanhada pelos trabalhadores de saúde.

[...] a questão do acompanhamento do Pré-natal, porque ela faz aqui e faz na unidade de saúde. Ela não perde o vínculo com a área não! É lá que ela é assistida. [...]. (PS 2)

A gestação é o período concebido as mulheres para a concepção do seu filho. E neste deve ser realizado o pré-natal, com o objetivo do sucesso para o nascimento desta criança saudável. Assim, diante da necessidade de acompanhamento deste período, a mulher vivendo com HIV faz acompanhamento do pré-natal no SAE e na atenção básica. Na atenção básica, acredita-se que exista este vínculo destas com os profissionais da área de abrangência da sua unidade de saúde.

Nesta narrativa, no momento da observação de uma consulta, foi verificado o vínculo do profissional de saúde com a mulher vivendo com HIV/AIDS.

Durante uma consulta realizada pela profissional de saúde, percebe-se uma preocupação em ouvir a mulher, saber suas queixas, dúvidas e formas de promoção (uso da camisinha) e tratamento (uso da(s) medicações) ao HIV/AIDS e outras comorbidades. (Observação da participante PS 2)

## **Categoria 2 . Fluxograma percorrido pelas mulheres vivendo com HIV/AIDS no SAE**

Nesta categoria, identificou a seguinte subcategoria, fluxograma para as mulheres com HIV/AIDS no SAE.

### **Subcategoria 2.1 – Fluxograma para as mulheres com HIV/AIDS no SAE**

O fluxograma percorrido pelas mulheres vivendo com HIV/AIDS no SAE caracteriza um fluxo de atendimentos voltado à demanda organizada, através do agendamento das consultas na recepção para os profissionais de saúde. Primeiramente a mulher atendida pela profissional enfermeira e posteriormente pelo médico infectologista, com o objetivo de ofertar e garantir ações em saúde e serviços, as quais propiciem um manejo adequado às necessidades individuais de cada mulher em tratamento para HIV/AIDS. Após avaliação com enfermeira ou médico, estas mulheres são encaminhadas para serem atendidas pelos demais membros da equipe de saúde do SAE, conforme necessidade diagnosticada durante a realização da consulta. (Observação do SAE)

Os excertos que se seguem, evidenciam o fluxograma vivenciado pela mulher vivendo com HIV/AIDS no serviço:

A gente faz da seguinte forma: a paciente agenda a primeira consulta com a enfermagem [...]. Se paciente está em condição clínica mais debilitada a paciente já passa pelo médico. Mas se ela estiver estável, em bom estado geral a gente pode reagendar a próxima com o médico. (PS 1)

Atendo a mulher toda vez que as enfermeiras veem a necessidade de uma avaliação médica. (PS 4)

No SAE, constata um fluxograma estabelecido, que representa o caminhar da mulher em tratamento para HIV/AIDS. A condição clínica da mulher em relação ao HIV/AIDS é o parâmetro para os profissionais enfermeiros decidirem a organização deste fluxo para atendimento da usuária, entretanto, neste é garantida na demanda programada, conforme descrição da entrevista:

Às vezes a gente consegue agendar para o médico para o dia seguinte, porque a gente tem médico aqui todos os dias [...], a gente consegue ter uma consulta próxima, não é tão difícil o agendamento. [...] mas passa pela enfermeira primeiro [...]. (PS 1).

Esse fluxo da demanda programada também é organizado no serviço para os profissionais de saúde, de acordo ao estado clínico das mulheres, conforme fala descrita:

[...] geralmente, a consulta de enfermagem é assim: vem com 15 dias após consulta do médico, depois de três em três meses, depois de 6 em 6 meses. A gente vai desmamando a paciente. (PS 1)

À nível da atenção primária, o fluxo para as mulheres vivendo com HIV/AIDS são estabelecidos quando a condição clínica necessita de intervenção para tratamento de alguma comorbidade (Diabetes mellitus ou Hipertensão arterial). É relatado pela participante a dificuldade de agendamento na rede de atenção básica para acompanhamento clínico.

Algumas dificuldades na rede básica também para a paciente fazer aquele acompanhamento da diabetes ou /da hipertensão arterial a gente vem muito aqui também aquela dificuldade sistemática. (PS 1)

Entretanto, em relação à rede de atenção especializada no Sistema Único de Saúde para as mulheres em tratamento para HIV/AIDS, destacam-se as dificuldades enfrentadas pelas participantes da pesquisa durante a entrevista:

Em relação ao acesso a gente sente dificuldade da paciente encontrar um proctologista ou cardiologista pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e precisa fazer aquela consulta e tem aquela dificuldade econômica, porque não tem os profissionais disponíveis [...]. (PS 1)

Os dados obtidos nesta pesquisa denotam que na rede de atenção o acesso é gerado por conflitos devido às dificuldades vivenciadas pela mulher para atendimento nas especialidades médicas. Nesta rede de atenção à saúde, o acesso é considerado restrito, devido ao número insuficiente de vagas para marcação de consultas para resolução dos problemas de saúde identificados durante as consultas de enfermagem ou médicas nas mulheres vivendo com HIV/AIDS.

No processo de organização da regulação pela gestão para agendamento das consultas nas especialidades médicas estão programadas para acontecer na Secretaria de Saúde ou nas Unidades de Saúde da Família dos municípios que ofertam agendamento para as mulheres pela Central de Marcação de Exames (CERAJE). Os resultados desta pesquisa evidenciam que neste agendamento existe uma quantidade de consultas programada pela gestão do município para ser ofertado mensalmente, de acordo a cada especialidade médica, entretanto, os resultados obtidos na pesquisa mostram que são insuficientes para a demanda da população.

## DISCUSSÃO

Os resultados da pesquisa demonstraram quanto à categoria profissional de saúde, ressaltou a feminilização da profissão de enfermagem, entretanto, a maior renda financeira referida é do profissional médico.

Os profissionais de saúde no Serviço de Assistência Especializada desenvolvem seu processo de trabalho em dois campos essenciais: 1) no centro de referência, junto aos demais membros da equipe, atuando no cuidado as mulheres vivendo com HIV/AIDS; 2) nas atividades educativas, na comunidade com a finalidade de divulgar conhecimentos sobre a prevenção à doença e na visita domiciliar assistindo às mulheres que necessitam de assistência da equipe multiprofissional<sup>(11)</sup>.

No Brasil, a AIDS caracteriza-se pela feminilização, baixo nível de escolaridade e pauperização da doença. A pesquisa revelou que há um aumento das mulheres idosas vivendo com vírus, pois tivemos duas mulheres neste grupo etário. As mulheres desta pesquisa na sua maioria afirmaram à religião católica (75%) e autodeclaram a raça/cor parda (60%). Em relação à renda família as mulheres afirmaram receber de 1 a 2 salários mínimos (60%) e as demais referiram receber bolsa família (40%). Nesta pesquisa, constata-se que o perfil sociodemográfico das mulheres vivendo com HIV/AIDS, acompanha a evolução das características da população atingida pela doença no país<sup>(12)</sup>.

A produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS, desenvolvida pelos profissionais de saúde do SAE, propõe uma atenção integral com o propósito de proporcionar o cuidado de acordo as necessidades individuais e coletivas em suas singularidades, bem como a compreensão, na sua totalidade, da atenção preventiva à curativa, ou seja, do mais simples aos mais complexos, em todos os níveis de saúde<sup>(13)</sup>.

Neste contexto, a atenção integral as mulheres vivendo com HIV/AIDS busca ainda promover, o estabelecimento de vínculo entre profissional de saúde e a mulher, com o objetivo de garantir o cuidado e melhoria do estado de saúde<sup>(14)</sup>.

A produção do cuidado desenvolvida pelo profissional de saúde surge a partir da divisão entre o conhecimento técnico e o cuidado a mulher, onde a proposta do tecnicismo é predominante e norteado pela finalidade do cuidado<sup>(15)</sup>. Os resultados desta pesquisa evidenciam que o cuidado está fundamentado na especialidade da doença e direcionado para a mulher como um ser complexo e social.

No cuidado à mulher vivendo com HIV/AIDS, as condições clínicas interferem na decisão das condutas para o tratamento das mesmas, pois, entende-se que o número de linfócitos LTCD4+ no sangue periférico é considerado o principal marcador de dano imunológico causado pela infecção do HIV, por isso, é um importante indicador de evolução para a fase da doença <sup>(16)</sup>. Os resultados revelam que esta condição clínica observada em uma mulher mostra o risco elevado de evoluir com infecções oportunistas devido a sua carga viral baixa. A literatura afirma que, dentre as doenças causadoras de AIDS incluem-se condições indicativas de imunodepressão grave, principalmente da imunidade celular, além da contagem de linfócitos LTCD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>, independente da presença de sintomas <sup>(17)</sup>.

Esta condição clínica é parâmetro até mesmo para definir o fluxograma que a mulher irá percorrer no serviço de saúde, pois, no tratamento para HIV/AIDS, o fluxograma são os passos que norteiam o profissional de saúde na realização do atendimento, contêm as informações básicas necessárias ao manejo dos pacientes diante da doença para a promoção, prevenção e tratamento <sup>(18)</sup>.

Entretanto, os resultados mostraram uma fragmentação na garantia do cuidado ofertado às mulheres em tratamento para HIV no SAE, pois a mesma relatou dificuldades de transporte para o seu deslocamento do município de origem para o atendimento no SAE. Essa dificuldade reflete na adesão ao tratamento para a doença. A literatura traz que esse transporte para a locomoção da mulher com HIV/AIDS deve ser garantido gratuitamente, mediante comprovação documental emitida pelo serviço de saúde onde o tratamento é realizado <sup>(19)</sup>.

Os resultados encontrados na pesquisa durante os momentos de observação com as participantes permitiram identificar em suas falas, que apenas duas destas participantes faz uso do preservativo durante a relação sexual para se proteger contra o aumento da carga viral no seu organismo e conseqüentemente diminuir a possibilidade de contaminação pelas Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Neste cuidado realizado pela mulher de para prevenção ao vírus HIV, percebe-se um cuidar de si <sup>(20)</sup>.

Os achados demonstram que os profissionais de saúde desenvolvem o cuidado as mulheres com HIV, conforme determina o protocolo clínico do HIV em adultos, que afirma que faz necessário estabelecer uma relação de empatia e acolhimento com o indivíduo infectado. A anamnese cuidadosa deve detectar situações de risco, antecedentes de ISTs, doenças crônicas e imunizações. O exame físico deve ser completo e incluir exame detalhado da pele e da cavidade oral, verificação da pressão arterial, cálculo do índice de massa corpórea e medida da circunferência abdominal, além de exames complementares para monitorização das fases da doença na mulher <sup>(18)</sup>.

A produção do cuidado depende do diagnóstico estabelecido entre os profissionais de saúde para favorecer a sistematização do cuidado as participantes da pesquisa <sup>(2)</sup>. Os resultados da pesquisa mostraram o cuidado articulado dos profissionais de saúde com o propósito de garantir o acesso da mulher nos diversos espaços do SAE, de modo que todos estão voltados ao alcance de um objetivo comum: é abranger às necessidades de saúde da mulher de forma integrada, por meio de um serviço eficiente e com qualidade <sup>(21)</sup>. Este serviço especializado está contemplado na média complexidade em saúde conforme determina as políticas públicas do SUS. Especificamente no caso do HIV, por se tratar de uma doença crônica, com uma terapêutica complexa e contínua, invariavelmente a usuária necessitará, em algum momento de sua vida de atendimento com diferentes profissionais e suas respectivas especialidades, bem como, diferentes locais de prestação de serviços de saúde <sup>(14)</sup>.

O vínculo citado pela profissional de saúde da pesquisa em relação às gestantes é muito importante no cuidado à mulher vivendo com HIV <sup>(22)</sup>. Estudos revelam maior adesão aos medicamentos antirretrovirais quando as PVHA são acompanhadas na atenção primária à saúde e afirmam que um dos motivos da não adesão ao tratamento está relacionado à oferta de tratamento apenas nos SAE, necessitando assim de políticas de descentralização destes serviços para a atenção básica <sup>(23-24)</sup>. A PNAB afirma que, no âmbito da atenção básica, as equipes de saúde são responsáveis pela população da área adscrita e que estes devem estabelecer o vínculo entre os usuários com o objetivo de buscar resolver os problemas de saúde daquela população <sup>(25)</sup>. Neste contexto, acredita-se que por esta mulher está mais próximo da sua unidade de saúde este vínculo com os trabalhadores de saúde proporcionará mais respostas para as suas necessidades de saúde <sup>(22)</sup>.

O fluxograma é uma ferramenta que contribui na realização da análise de um serviço de saúde. O fluxograma, de uma maneira, mas simples, configura um diagrama muito utilizado por diferentes campos de conhecimentos, na perspectiva de "desenhar" um certo modo de organização de um conjunto de processos de trabalhos, que se vinculam entre si em torno de uma certa cadeia de produção <sup>(26)</sup>.

Neste contexto, pode-se afirmar que no SAE, a acessibilidade no serviço é garantida à mulher vivendo com HIV/AIDS. Entretanto, quando esta mulher necessita de algum atendimento especializado na rede de atenção básica encontra dificuldade de agendamento para outras especialidades médicas na regulação. Contata-se que o fluxograma é uma importante ferramenta para garantir um melhor atendimento as participantes da pesquisa, visando à qualidade na assistência e prioridade no atendimento as mulheres em tratamento para HIV/AIDS <sup>(11)</sup>.

Os resultados encontrados nesta pesquisa são convergentes com outros autores, pois o acesso na atenção especializada, ainda é considerado um grande desafio presente no SUS<sup>27</sup>. Entretanto, na atenção especializada no SAE o modo como se cuida está voltado para o acolhimento da mulher, estabelecimento das relações de vínculo. As necessidades da mulher são permeadas por uma atenção integral, na micropolítica dos encontros entre profissionais de saúde e usuários. Os desafios deste cuidado estão muito mais relacionados às vulnerabilidades vivenciadas pelas mulheres em seu contexto social e econômico<sup>(28)</sup>.

### **Contribuições para as áreas de enfermagem e políticas públicas**

Como contribuição para a área, o estudo propõe promover reflexões dos profissionais de saúde e gestores sobre a produção do cuidado às mulheres vivendo com o HIV/AIDS, o que poderá proporcionar uma reestruturação das práticas de saúde, na produção do cuidado pelos profissionais de saúde, principalmente, à nível da atenção básica.

Em relação às políticas públicas, os gestores do SUS poderão garantir políticas com o objetivo de garantir o acesso às mulheres com HIV/AIDS, na rede de atenção à saúde às especialidades médicas diante de outras comorbidades enfrentadas por estas neste período, contribuindo assim para diminuição das vulnerabilidades.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O cuidado às mulheres em tratamento para HIV/AIDS é construído a partir das necessidades de saúde que estas apresentam e são diagnosticadas pelos profissionais de saúde durante o desenvolvimento da consulta no SAE e neste cuidado constata um cuidado especializado, centrado na condição clínica.

A atenção dos profissionais de saúde está centrada no modelo biomédico, diante da ênfase na doença HIV/AIDS, ou seja, percebe-se um cuidado a mulheres vivendo com HIV/AIDS especializado, porém percebe-se a importância do papel do enfermeiro na decisão do fluxo da mulher para passar pelo atendimento com o médico infectologista do SAE.

Os resultados evidenciam um fluxo estabelecido no próprio serviço de tratamento garantido às mulheres vivendo com HIV/AIDS. Entretanto, na rede de atenção, tanto a nível da atenção básica, quanto na atenção especializada o acesso para garantia da referência para continuidade da assistência não é garantido às participantes da pesquisa para atendimento nas

especialidades de cardiologia, dentre outras, destacando a descontinuidade do cuidado à mulher.

Enfim, esta pesquisa contribuiu para compreender a forma como a organização da produção do cuidado no SAE está sendo desenvolvida, bem como propõe fortalecer a organização das práticas para a atenção primária à saúde a partir da descentralização destas ações para a atenção básica a nível regional.

## REFERÊNCIAS

1. Joint United Nations Programme on HIV/Aids. Confronting Inequalities: lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS[Internet]. UNAIDS. Geneva: UNAIDS; 2021 [cited 2023 Jul 22]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update>
2. No Youtuvbe: Feuerwerker LCM. Gestão e Produção do cuidado em redes de saúde. 2018 [cited 2022 Nov 13]. Universidade de São Paulo. Available from: <https://youtu.be/TEqCt9SYIZY>.
3. Franco TB, Hubner LCM. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. Saude debate. 2019[cited 2022 Jan 30];43 (spe6):93-103. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S608>
4. Merhy EE. et al. Políticas e cuidados em saúde. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1 ed, Rio de Janeiro. 2016.
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 2014.
6. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. Rev. Bras. Enferm. 2018[cited 2023 Jun 30];71(1):243-48. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>.
7. Amado J, Costa AP, Crusoé N. A Técnica de Análise de Conteúdo. In: Jorge Amado (Ed.). Manual de Investigação Qualitativa em Educação. 2. Ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 2014. 301–50 p.
8. Cruz DS, Rocha – Veiga AM, Caetano LMD. Interlocações entre análise qualitativa de conteúdo e Software de dados Webqda na pesquisa em educação. Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara [Internet].2022[cited 2023 jul 26];17;4:2565-81, out./dez. 2022. Available from: <https://doi.org/10.21723/riaee.v17i4.168042566>.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução n° 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde - CNS. Resolução nº 510 de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais humanas. Brasília: Ministério da Saúde; 2016.
11. Silva VM. Avaliação e Proposta de Fluxo de Atendimento de Coinfectados HIV/HCV em Hospital Universitário no Estado do Rio de Janeiro. (Dissertação de Mestrado - UNIRIO). Rio de Janeiro, 2019.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Boletim epidemiológico – HIV/AIDS. Ed espec; 2022. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 jul. 2023.
13. Santos ÉI, Gomes AMT, Oliveira DC, Santos CCE, Felipe ICV, Lima RS. O princípio da integralidade no contexto do HIV/AIDS: uma revisão integrativa. Rev de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online. 2010 [cited 2023 jan 05];2(4):1387-98, outubro-diciembre, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.
14. Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV. O cuidado à pessoa que vive com hiv/aids na atenção primária à saúde. Texto contexto - enferm. Florianópolis Epub June, 2019 [cited 2022 Jul 22];28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339>.
15. Martines WRV, Machado AL. Produção de cuidado e subjetividade. Rev Bras Enferm. 2010 [cited 2023 Jan 30];63(2): 328-33. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672010000200025>.
16. Santos AP, Cordeiro FC, Fracarolli IFL, Gomide EBG, Andrade D. Instrumentos para avaliar a adesão medicamentosa em pessoas vivendo com HIV: uma revisão de escopo. Rev Saude Publica. 2022 [cited 2022 Jul 25]; 56:1-12. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004475>.
17. Gabriela F, Ceolim MF. O perfil da mulher portadora de HIV/AIDS e sua adesão à terapêutica antirretroviral. Rev esc enferm USP. 2012[cited 2023 Jun 30]; 46(4), Ago. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342012000400015>.
18. Neto LFSP, Perini FB, Aragón MG, Freitas MA, Miranda AE. Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: infecção pelo HIV em adolescentes e adultos. Consenso - Epidemiol. Serv. Saude [Internet]. 2021[cited 2023 Jul 06];30 (spe1). Available from: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100013.esp1>
19. Un aids. Ministério da Saúde. Legislação brasileira e o HIV. 2023.
20. Foucault M. História da sexualidade 3: o cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal; 2010.
21. Schweig AL, Silva F, Silva F, Loiola ASM, Nonnenmacher LL. O enfermeiro no acolhimento a pacientes portadores de HIV/AIDS no SAE/CTA. Rev Elet da Faculdade de Alta Floresta. 2022. [cited 2023 Jul 30].11(1):173-92. Available from: <http://www.refaf.com.br/index.php/refaf/article/view/366/pdf>.

22. Seixas CT, Baduy RS, Cruz KT, Batoletto MSS, Stomp Junior H, Mrehy EE. O vínculo como potência para a produção do cuidado em Saúde: o que usuários-guia nos ensinam. *Interface: Botucatu*. [Internet]. 2019 [cited 2023 jul 20];23: e170627. Available from: <https://doi.org/10.1590/Interface>.
23. Maia MPM, Carvalho MPC, Fassa AG. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2023 [cited 2023 jul 25];39 (1): e00099622: 2-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099622>.
24. Pinho CM, Lima MCL, Silva MAS, Dourado CARO. Construção e validação de instrumento avaliativo para atendimento ao HIV na Atenção Primária à Saúde. *Rev. Bras. Enferm* [Internet]. 2023. [cited 2023 jul 30]; 76 (1): 1-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0247pt>.
25. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo as diretrizes para a organização do componente Atenção Básica, na Rede de Atenção à Saúde (RAS). [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2017 [cited 2023 jul 27]. Available from: [bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matriz](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/Matriz).
26. Franco TB, Merhy EE. Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde – textos reunidos. Hucitec: São Paulo; 2013.
27. Melo EA, Agostini R, Damião JJ, Maksul I. Cuidado de pessoas vivendo com HIV na atenção primária à saúde: reconfigurações na rede de atenção à saúde? *Cad. Saude Pública* [Internet]. 2021 [cited 2023 Jan 30];37(12). Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00344120>
28. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/Aids. *Saúde em Debate* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 30];46(Esp). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>.

MANUSCRITO 2: TECNOLOGIAS EM SAÚDE APLICADAS NA PRODUÇÃO DO  
CUIDADO AS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

**ABSTRACT**

Esta pesquisa propõe como objetivo averiguar as tecnologias em saúde empregadas no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. **Métodos:** Pesquisa qualitativa, descritiva, realizada com dois grupos: 4 profissionais de saúde que atuam no Serviço de Atendimento Especializado e cinco mulheres cadastradas e acompanhadas neste serviço. Os dados foram coletados por meio da entrevista semiestruturada e da observação sistemática, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa, através do CAAE número: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055. Os dados foram analisados e processados a partir da aproximação entre a análise de conteúdo e o software WebQDA. **Resultados:** Os resultados emergiram três categorias: leves, leve-duras e duras. **Discussão:** A pesquisa evidenciou na primeira categoria, a realização de atividades de educação em saúde na consulta individual e atividades educativas nas escolas com o emprego da tecnologia leve. Na segunda categoria, leves-duras, no atendimento realizado as mulheres pelos profissionais de saúde constata-se o emprego do conhecimento técnico-científicos como instrumento capaz de mudar o conhecimento empírico destas em relação à doença, esclarecendo sobre suas dúvidas e oportunizando a estas possibilidades de tratamento para o HIV/AIDS. A terceira categoria, a tecnologia dura, foi considerada o resultado de exame TLCD4+, que é analisado pelos profissionais de saúde para definir o diagnóstico, monitoramento, intervenção e tratamento da carga viral quando apresenta valores abaixo do normal nas mulheres vivendo com o vírus HIV. **Considerações finais:** diante das evidências, no processo de cuidado realizado pelos profissionais de saúde foi pautado no emprego simultâneo das tecnologias em saúde (leve, leve-duras e duras), ou seja, não percebe-se uma sobrepondo a outra e sim o uso correto das mesmas nas consultas realizado pelos profissionais de saúde as mulheres em tratamento para HIV/AIDS.

**Palavras-chave:** HIV; Mulheres; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Tecnologia.

**Keywords:** HIV; Women; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Technology.

**Descriptores:** VIH; Mujer; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Tecnología.

## INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, os avanços tecnológicos empregados nos cuidados em saúde às pessoas que vivem com HIV propiciaram melhoria na redução da morbidade e mortalidade associadas ao HIV (Mimiaga, 2018). Estes resultados são fruto do trabalho em saúde que é influenciada por condições sociais e individuais relacionadas às necessidades de saúde da população e o modo de organização dos seus serviços (Mendes-Gonçalves, 1994).

No trabalho em saúde com o usuário, por exemplo, o profissional de saúde emprega caixas de ferramentas tecnológicas para interferir no processo de cuidado. O conhecimento científico são as valises tecnológicas que fazem parte deste cuidado e de onde esse encontro acontece e conforme os objetivos que se deseja alcançar no usuário. Neste sentido, destacam-se três tipos de caixas de ferramentas. A primeira caixa de ferramenta é a que proporciona utilizar o estetoscópio, o oxímetro, dentre outros equipamentos utilizados durante o atendimento das mulheres. A essa denominou de tecnologia dura. A segunda é a visão do profissional de saúde sobre o usuário, como objeto de seus cuidados e de suas necessidades a partir de um certo conhecimento adquirido, que será construído a partir de seus saberes já definidos da clínica e da epidemiologia. As tecnologias que empregamos neste território são das tecnologias leve-duras. Entretanto, a terceira caixa, a das tecnologias leves, é a que permite a relações estabelecidas entre o usuário e o trabalhador de saúde (Merhy, 2016).

Assim, na produção do cuidado os profissionais de saúde utilizam as tecnologias leves, leve-duras e duras, quando desenvolvem as práticas assistenciais, educativas, gerenciais e políticas. Durante a realização das ações gerenciais, as tecnologias leve-duras são evidenciadas nas normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, e as tecnologias leves, no vínculo e acolhimento estabelecidos com os profissionais de saúde e as mulheres vivendo com o vírus HIV/AIDS (Merhy, 2007; Conceição; Gomes, 2021).

Nesta perspectiva, os profissionais de saúde devem impulsionar a incorporação de tecnologias capazes de nortear as práticas em saúde no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS.

As tecnologias em saúde no cuidado as mulheres vivendo com HIV/AIDS são empregadas na promoção, proteção e recuperação da saúde nos programas de assistência à saúde. A tecnologia leve é utilizada durante as consultas individuais através da educação em saúde acerca da doença e ou em grupos de mulheres.

Por meio das tecnologias leves-duras, permite-se melhorar a visão do profissional de saúde sobre a usuária, buscando alcançar sua meta no tratamento, a partir de um certo ponto de vista. Esse olhar deverá ser construído a partir de saberes bem estruturado, como conhecimento da clínica, epidemiologia e protocolos do Ministério da Saúde (MS) (Merhy; Feuerwerker, 2016).

A tecnologia dura empregada são os equipamentos, exames laboratoriais, protocolos e meios de imagens. Uma tecnologia muito usada atualmente disponível para o diagnóstico do vírus HIV é realizada em poucos minutos por meio dos testes rápidos nos serviços de saúde. Este foi disponibilizado após a implementação na prática das políticas públicas. Os medicamentos antirretrovirais disponíveis para prevenir as infecções pelo HIV são também considerados tecnologias duras.

O avanço nas tecnologias de saúde as pessoas vivendo com HIV/AIDS proporciona uma mudança no perfil da doença, que antigamente estava relacionada à morte, trazendo como consequência o prolongamento da vida destes indivíduos (Nogueira, 2019).

Esta pesquisa propõe o seguinte objetivo averiguar como as tecnologias em saúde são empregadas no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

Para tanto, se propõe a promover reflexões dos profissionais de saúde e gestores sobre as tecnologias em saúde empregadas no cuidado pelos profissionais de saúde a mulheres vivendo com o HIV/AIDS, o que poderá proporcionar uma melhoria das práticas de saúde na produção do cuidado dos profissionais e com as construções de novos saberes.

## **MATERIAIS E MÉTODO**

Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa, realizado no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia. Este município é referência no núcleo regional em saúde para atendimento á pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O critério de seleção para os participantes na pesquisa foi dividido em dois grupos. O primeiro grupo foram quatro profissionais de saúde que atuam no cuidado direto às mulheres vivendo com HIV/AIDS. O segundo grupo foram cinco mulheres cadastradas e acompanhadas pelos profissionais de saúde no Serviço de Assistência Especializada, possuir idade igual ou maior que 18 anos, estar em tratamento há mais de 6 meses e ter ciência da soropositividade do diagnóstico.

A coleta de dados ocorreu mediante a realização da entrevista e da observação sistemática simultaneamente entre os profissionais de saúde e as mulheres em tratamento para HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE).

Após a conclusão da fase da coleta dos dados, foi realizada a transcrição de todas as entrevistas gravadas e realizamos a leitura nas falas dos participantes da pesquisa. A organização dos conteúdos das falas buscou uma articulação com o objeto do estudo e o referencial teórico, emergindo categorias e subcategorias. Posteriormente, procedemos à análise do material empírico coletado, conforme Bardin (2016). Na análise dos dados utilizamos o software WEBQDA, constitui-se dos seguintes passos: definição do problema; objetivos de trabalho e fundamentação teórica; organização do corpus de dados; leitura dos dados; categorização e codificação, formulação de questões; matrizes de análise e apresentação de resultados (Amado; Costa; Crusoé, 2014).

A pesquisa atendeu as diretrizes contidas na Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012 e a resolução e a resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e da observação sistemática, após o consentimento dos participantes na pesquisa, todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa, sendo garantindo o sigilo das informações e a utilização dos dados produzidos para fins científicos, no período de março a maio de 2021, após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade responsável, através do CAAE número: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055.

As entrevistas dos participantes da pesquisa foram identificados no texto por um número, conforme a ordem crescente das entrevistas realizadas, ou seja, entrevista nº 1 leia-se, (M1) e em relação aos profissionais de saúde, serão enumerados de (PS1) e assim sucessivamente. Em relação as observações elas foram identificadas no final de cada parágrafo, conforme as descrições realizadas durante a fase de coleta dos dados.

## **RESULTADOS**

Após a análise e tratamento dos dados emergiram três categorias e subcategorias empíricas, conforme descrição no **quadro 1**.

**Quadro 1** – Distribuição das categorias e subcategorias empíricas.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Tecnologia Leve	Subcategoria 1.1 – Tecnologia leve utilizada no cuidado as mulheres vivendo com HIV/AIDS.
Tecnologia Leve Dura	Subcategoria 2.1 – Tecnologias leve duras, relacionada ao conhecimento científico dos profissionais de saúde as mulheres vivendo com HIV/AIDS.
Tecnologia Dura	Subcategoria 3.1 – Tecnologias duras utilizada no cuidado das mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Fonte: Pesquisa de campo.

### **Categoria 1 . Tecnologias leves**

**Subcategoria 1.1** - Tecnologia leve utilizada no cuidado as mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Nesta subcategoria, destaca-se na fala da participante o emprego da tecnologia leve, sobre como acontece a realização da consulta com entrevistada M 03:

Explica bem. A enfermeira que me atendeu agora mesmo explicou tudo direitinho. Mesmo que a gente não vai se curar, se tratar a gente fica melhor! Eu mesmo conheço gente em Salvador que tem vinte e sete anos que vive com o vírus HIV. (...) (M 3)

Na entrevista da participante, nota-se que o profissional de saúde utiliza a fala através do aconselhamento/educação em saúde para esclarecimentos a mulher sobre a doença com o objetivo do cuidado em saúde. Neste momento da consulta, destaca-se uma intervenção baseada na tecnologia leve, com o propósito da melhoria da adesão ao tratamento.

O participante da pesquisa aborda sobre a educação em saúde realizada em empresas públicas e privada sobre o tema HIV, considerada uma tecnologia de prevenção.

As atividades de educação em saúde que até antes da pandemia a gente ia [...] para as escolas, para fazer atividade em empresas privadas ou públicas, [...]a gente desenvolvia essas atividades, sobre HIV [...] (PS 1)

Nesta entrevista com uma profissional de saúde foi abordado sobre as atividades de prevenção ao HIV/AIDS, que estas são planejadas para serem realizadas na escola com o objetivo da educação em saúde, contudo, foram suspensas devido à pandemia pelo SARS-

COVID-19, porque no período da pandemia não poderia estar aglomerando pessoas, pelo risco de disseminação do vírus entre os indivíduos.

Neste contexto, nesta narrativa durante o período de observação no desenvolvimento da consulta com os profissionais de saúde e a mulher vivendo com HIV/AIDS, constata-se o emprego da tecnologia leves, como pode ser verificado na fala abaixo:

A profissional de saúde realiza orientações à mulher quanto ao uso dos métodos contraceptivos e também para todos os períodos reprodutivos da vida da mulher (pré-natal e planejamento familiar). (Observação da participante PS 1)

Nesta outra observação com o participante profissional de saúde e a mulher durante o desenvolvimento de uma consulta constata-se a importância da utilização do diálogo.

Durante a consulta percebe-se a mesma fazendo uso do diálogo, questionando a mulher se estava com algum sintoma. A participante mulher queixou de desmaio, posteriormente relatou queda da própria altura em domicílio e tontura durante a consulta com a profissional de saúde. A paciente queixou também de “caroços” no corpo. O profissional esclareceu que o sintoma está relacionado ao prurido do HIV. (Observação da participante M 3)

## **Categoria 2 . Tecnologias leves-duras**

**Subcategoria 2.1** - Tecnologias leve-duras, empregada no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS pelos profissionais de saúde.

Nesta subcategoria, constata na fala desta participante o emprego da tecnologia leve dura e o compartilhamento do conhecimento entre os profissionais de saúde, através da discussão dos casos, das mulheres vivendo com HIV/AIDS.

A gente consegue discutir os casos, tem os casos que os pacientes que tem certa clientela de uma equipe ou de outra equipe. Às vezes compartilha os mesmos pacientes porque tem essa migração né às vezes à gente compartilha. (...) E mesmo quando não compartilha sempre nos nossos momentos a gente discute os casos (...). (PS 1)

[...], hoje foi assim, aí eu pedi ajuda. Não é só a opinião de outra passei a gente discute muito, pelo WhatsApp também. (PS 2)

Além do trabalho conjunto entre os profissionais de saúde, acontece o compartilhamento das discussões dos casos entre os mesmos, que permite a troca de conhecimento científico entre estes e conseqüentemente o aprendizado sobre aqueles casos.

Em outra fala de uma entrevista com a participante mulher verifica-se a utilização das tecnologias leves-duras pela profissional de saúde:

A enfermeira falou sobre o uso da camisinha, para usar durante as relações sexuais, para diminuir o risco de aumentar o vírus no meu corpo (...) (M 4).

Neste momento acontece entre profissional de saúde e a mulher a troca de conhecimentos científicos capaz de mudar condutas e melhorar a qualidade de vida desta mulher em tratamento para o vírus HIV/AIDS.

Em uma consulta desenvolvida com o profissional de saúde, o mesmo utiliza o conhecimento científico sobre a doença para explicar a mulher sobre o seu estado clínico em relação à doença HIV/AIDS (Observação da participante PS 4).

### **Categoria 3 . Tecnologias duras**

#### **Subcategoria 3.1 - Tecnologias duras utilizadas no cuidado as mulheres vivendo com HIV/AIDS.**

Nesta subcategoria, identificou-se o emprego da tecnologia classificada como dura na fala da profissional de saúde, onde verifica-se durante o desenvolvimento do cuidado as mulheres o uso do prontuário físico.

A gente tem aqui o prontuário físico ainda. A gente tem que preencher todas as informações da paciente. Uma ficha que nos mesmos criamos e que adaptou de acordo as experiências de outros locais. É uma tecnologia ótima, porque dá muitas informações pra gente. (PS 2)

Nesta fala desta profissional de saúde ao prestar atendimento à mulher vivendo com HIV/AIDS nota-se o emprego da tecnologia dura, pois ela utiliza o prontuário clínico, ressaltando que este foi reformulado após discussão pelos profissionais de saúde do serviço, baseado nas experiências para aprimorar este instrumento de trabalho na prática, com o objetivo de buscar atender a mulher conforme a sua condição clínica.

Nas consultas com as mulheres foi constatado o emprego das tecnologias duras aplicadas pelo profissional de saúde, conforme narrativa.

Na pesquisa durante a realização da consulta, observou a análise do resultado do exame (LTCD4+) de uma participante, o resultado da carga viral desta apresentava valores abaixo do normal. (Observação da participante PS 1)

Em outra observação desenvolvida com outra profissional de saúde a consulta foi iniciada com a análise do prontuário da mulher, pois conforme a mesma ela não conhecia está participante da pesquisa. A profissional de saúde realizou a organização do prontuário. O profissional explicou o resultado do exame do CD4 que a participante tinha realizado. Posteriormente, fez explicações que o exame detectou indetectável o vírus. Ou seja, a carga viral. Isso significa que o tratamento

está sendo eficaz. Fez orientação sobre a importância da adesão ao tratamento com o uso das medicações para a doença. (Observação da participante PS 2)

Nesta observação, verifica-se que este resultado do exame pode indicar que a mulher está progredindo para a fase de AIDS.

Destaca-se nestas falas dos profissionais de saúde que os mesmos utilizam as tecnologias duras com o uso do protocolo e consenso sobre HIV/AIDS durante o desenvolvimento do cuidado das mulheres.

Com base nos protocolos de assistência então à gente utiliza esses protocolos de atenção à saúde da mulher de atenção integral às pessoas vivendo conhece e aplica no programa também. A gente tem um consenso também que é outra que a gente utiliza o consenso de HIV/AIDS (PS 2)

[...] Segue protocolo. Existem os PCDTs e a gente faz a consulta baseado no que é recomendado pelo protocolo de atenção a estas pacientes pelo Ministério da Saúde, [...] (PS 4)

Podemos afirmar que a utilização do consenso e outros protocolos do Ministério da Saúde pelos profissionais de saúde, durante a consulta, é empregado neste momento uma tecnologia morta, entretanto, no exato momento da consulta que esta é utilizada, está transforma-se no trabalho vivo em ato.

Nestas falas destas participantes constata o emprego da tecnologia dura quando foram questionadas sobre o emprego da tecnologia no cuidado desenvolvido as mulheres pelos profissionais de saúde:

Os profissionais daqui passa os exames para fazer. Os equipamentos são bons, os profissionais medem a pressão (...). Fornece os remédios. A gente melhora logo, pedir peso porque fiquei 4 meses sem vir. (M 3).

[...]. Os remédios mesmo são explicados como devo usar, que são 1 comprimido pela manhã (M 4).

Estratégias extra-muros, com oferta de testes rápidos (PS 2).

Além disso, com as novas tecnologias que estão aí, os novos medicamentos, [...] quando a paciente está indetectável, a chance de passar para o parceiro são mínimos. (PS 3)

A partir destas falas, percebe-se o emprego das tecnologias duras com os equipamentos utilizados para prestar atendimento, os exames de controle (carga viral, CD4 e exames de rotina) e os remédios prescritos pelo profissional de saúde no desenvolvimento nas

consultas. E nas atividades extramuros são empregados os teste rápidos para diagnósticos de novos casos da doença.

As novas tecnologias são os novos medicamentos introduzidos para tratamento do HIV, que tem permitido aumento da qualidade de vida para as mulheres e outras pessoas vivendo com vírus e com isso diminuir a possibilidade de contágio para o parceiro ou parcerias.

Na narrativa desta observação, percebe-se a utilização da tecnologia dura para o desenvolvimento do cuidado à mulher.

Em outra consulta foi empregado pelo profissional de saúde os seguintes equipamentos: o oxímetro, o termômetro e o aparelho de pressão e verificou a pressão da paciente. (Observação da participante M 5).

## **DISCUSSÃO**

Os resultados desta pesquisa são condizentes com alguns estudos que afirmam que as tecnologias leves são empregadas pela equipe multidisciplinar na educação em saúde tradicional, no serviço de atendimento especializado em HIV/AIDS (Lima; Bezerra, 2018).

Nas atividades de educação em saúde, a tecnologia leve deve ser utilizada com o propósito de favorecer a participação dos indivíduos no processo educacional, contribuindo para a construção da cidadania e o aumento da autonomia dos envolvidos. Assim, na área da saúde, os educadores devem entender as tecnologias como meios facilitadores dos processos de construção do conhecimento, numa possibilidade criativa, transformadora e reflexiva (Martins; Nunes; Nobrega; Pinheiro; Souza; Vieira; et al., 2017).

O emprego da tecnologia leve no cuidado as pessoas vivendo com HIV através do aconselhamento e educação em saúde, favorece a adesão ao tratamento e conseqüentemente a supressão viral e permite que as pessoas que vivem com HIV, tenham uma vida longa e saudável e com diminuição do risco zero de transmissão sexual do HIV (Unaid, 2023a).

Os resultados evidenciaram as tecnologias leves na prevenção para controle na propagação do vírus HIV, através das atividades de educação em saúde que são realizadas nas escolas e em empresas públicas ou privadas e que no período da pesquisa estavam suspensas devido à pandemia pelo SARS-COVID-19. As tecnologias também foram identificadas no aconselhamento pelos profissionais para adesão ao tratamento ao HIV, nas condutas sobre o uso do preservativo e esclarecimentos sobre a clínica da doença. Esses resultados foram encontrados por outros autores (Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015). No período da pandemia pelo SARS-COVID 19, a educação foi o setor mais gravemente atingido, prova

disso que, os dados revelam um prejuízo imensurável com as interrupções significativas decorrentes do fechamento de escolas e universidades (The Lancet, 2021).

No emprego da técnica de observação ficou evidente o emprego da tecnologia leve, pelos profissionais de saúde durante o desenvolvimento das consultas as mulheres vivendo com HIV/AIDS. A tecnologia leve permite o estabelecimento de relações entre o profissional-mulher através da escuta, o interesse, o vínculo e confiança o que permite prender o contexto, os meios de viver determinadas situações por parte da usuária, ampliou-se o raciocínio do profissional de saúde (Merhy; Feuerwerker, 2016).

No território das tecnologias foi constatado o emprego das leves-duras, pois trata-se da necessidade do pensamento estruturado e organizado sobre o conhecimento científico que os profissionais de saúde devem dominar sobre HIV e a leveza exigida pela usuária ao participar da consulta com os profissionais de saúde. E como o ato clínico não pode se realizar de um modo somente, pode predominar a dureza (processos estruturados) e a leveza (processos mais maleáveis) (Merhy; Feuerwerker, 2016).

A pesquisa evidenciou que o atendimento desenvolvido as mulheres vivendo com HIV pelos profissionais de saúde são alicerçados em conhecimentos técnicos-científicos capaz de mudar o conhecimento empírico destas em relação à doença, ao passo que, esclarece sobre suas dúvidas e oportuniza a estas possibilidades de adesão ao tratamento para HIV/AIDS.

Assim, considera-se o resultado de exame TCD4+ como uma tecnologia dura, que é utilizado pelos profissionais de saúde para definir o diagnóstico, monitoramento, intervenção e tratamento da carga viral necessária às mulheres vivendo com o vírus HIV (Arze; Costa; Campos, 2022).

Em relação à tecnologia dura, esta permite utilizar instrumentos que possibilitam encontrar dados físicos, exames laboratoriais e imagens que proporcionam integrar o raciocínio clínico, além dos outros equipamentos e medicamentos utilizados no processo terapêutico para a doença HIV/AIDS (Merhy; Feuerwerker, 2016).

Nos resultados encontrados com os profissionais de saúde constata o uso de protocolos assistenciais e consenso no cuidado ao HIV/AIDS, ou seja, neste exato momento da produção do cuidado é empregada a tecnologia dura. A literatura afirma que estes protocolos e consensos são estabelecidos pelo Ministério da Saúde para padronização do tratamento para as pessoas vivendo com HIV para os profissionais de saúde, pois desde 1996 o tratamento passou a ser garantido gratuitamente no Brasil (Unaid, 2023b).

Os resultados evidenciaram pelas participantes mulheres que tomar os medicamentos para HIV, conforme explicação da profissional de saúde é de fundamental importância, pois,

favorece a adesão no tratamento para as pessoas que vivem com o HIV e diminuem as complicações da doença, como a perda de peso, dentre outras (Mimiaga, 2018).

O teste rápido para HIV é considerado uma excelente tecnologia em saúde, capaz de realizar com precisão o diagnóstico da doença, com capacidade do resultado em apenas 30 minutos. É considerado como uma tecnologia de prevenção, baseado na tecnologia dura. Vale destacar que a oferta de testes rápidos para o HIV é uma estratégia que pode ser utilizada extramuro pelos profissionais de saúde com o objetivo de identificação de novos casos da doença e abrange a possibilidades de intervenção por todos os profissionais (Souza et al., 2020).

A literatura afirma que existem evidências científicas que o uso do TARV proporciona redução do risco da transmissão pelo HIV aos parceiros sexuais pelas mulheres (Maksud; Fernandes; Filgueiras, 2015).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No processo de cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde ficou evidente o emprego simultâneo das tecnologias em saúde (leve, leve-duras e duras), ou seja, não se percebeu uma sobrepondo a outra e sim o uso correto das mesmas nas consultas realizado pelos profissionais as mulheres em tratamento para HIV/AIDS.

Os resultados evidenciam que a equipe multiprofissional realiza um cuidado especializado, pautado no conhecimento científico e estabelecendo boas relações com as mulheres através do vínculo e do acolhimento.

As conclusões desta pesquisa aqui produzidos contribuirão tanto para o campo da saúde no sentido de demonstrar a importância do emprego das tecnologias em saúde na assistência especializada às mulheres que vivem com HIV/AIDS, como também para a enfermagem que é importante neste cuidado enquanto membro desta equipe de saúde utilizando as tecnologias em saúde.

## **REFERÊNCIAS**

Amado J, Costa AP, Crusoé N. (2014) A Técnica de Análise de Conteúdo. In: Jorge Amado (Ed.). Manual de Investigação Qualitativa em Educação. 2. Ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 301–50 p.

Arze WNC, Costa MC, Campos ACC. (2022). A telemedicina como ferramenta de continuidade de cuidados em saúde às pessoas privadas de liberdade vivendo com hiv/aids em período de pandemia: relato de experiência. *Revista Foco*, 15(2):1-11. Disponível on line: <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v15n2-027>.

Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70. 2016, 297 p.

Conceição GS, Gomes LOS. (2021). *Technologias Aplicad in the care Beaner of wounds*. *Clinical Dermatology Open Acces Journal*. 6(2).

Lima ACMACC, Bezerra KC, Souza DMN, Vasconcelos CTM, Coutinho JFV, Oriá MOB. (2018) *Tecnologias e práticas educativas para prevenção da transmissão vertical do HIV*. *Rev Bras Enferm*. 1(suppl 4):1862-71.

Maksud I, Fernandes NM, Filgueiras SL. (2015) *Tecnologias de Prevenção do HIV e desafios para os serviços de saúde*. *Rev. bras. epidemiol*. 18 (Suppl 1) Set. Disponível on line: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201500050008>.

Martins AKL, Nunes JM, Nóbrega MFB, Pinheiro PNC, Souza AMA, Vieira NFC, et al. (2011) *Literatura de cordel: tecnologia de educação para saúde e enfermagem*. *Rev Enferm UERJ [Internet]*. [cited 2023 Apr 01];19(2): 324-9. Available from: <http://www.facenf>.

Mendes-Gonçalves, R.B.M. (1994) *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo (SP): Hucitec; 1994.

Merhy EE. (2007) *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo (SP): Hucitec.

Merhy EE. et al. (2016) *Políticas e cuidados em saúde. Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. Rio de Janeiro. 1 ed.

Merhy EE, Feuerwerker LCM. (2016) *Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea*; In: BRASIL. *Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes*. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Hexis, p 448.

Mimiaga MJ, Kuhns LM, Biello KB, Olson J, Hoehnle S, Santostefano CM, Hughto JMW, Safi H, Salhaney P, Chen D, Garofalo R. (2018) *Positive STEPS – um estudo randomizado controlado de eficácia de uma intervenção adaptativa para fortalecer a adesão ao tratamento antirretroviral para HIV entre jovens: protocolo de estudo*. *BMC Saúde Pública*. 18(867): 9.

Ministério da Saúde. (2012) *Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Resolução No 466 de 12 de dezembro: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*, Brasília (DF): MS.

Ministério da Saúde. (2016) *Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa Resolução No 510 de 07 de abril de 2016: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais humanas*, Brasília: (DF).

Nogueira LFR, Pellegrino P, Duarte AS, Inoue, SRV, Marqueze LC. (2019) Common mental disorders are associated with higher viral load in people living with HIV. *Saúde Debate*. 121:464-76. Disponível on line: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912114>.

Unaid. (2023a) O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. p 16.

Unaid. Ministério da Saúde. (2023b). Legislação brasileira e o HIV. Brasília: Ministério da Saúde. p 10.

Souza LRB, Silva MN, Tognoli SH, Mendes AA, Domingues NA, Ogata MN. (2020) Percepções dos enfermeiros mediante a realização do teste rápido de HIV/AIDS na atenção primária à saúde. *Rev. Bras Multidisciplinar*. 2020 [cited 2023 jul 20]; 23(2): 56-64. Available from: DOI: <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..858>

The Lancet [Editorial]. (2021) COVID-19: the intersection of education and health. *Lancet*. 397(10271):253. Disponível on line: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(21\)00142-2/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(21)00142-2/fulltext).

## MANUSCRITO 3: POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO DE MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

### RESUMO:

**Objetivo:** descrever as potencialidades e os desafios na produção do cuidado de mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada, na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil. **Método:** pesquisa qualitativa, descritiva, realizada com quatro profissionais de saúde, que atuam no Serviço de Assistência Especializada e cinco mulheres que são acompanhadas regularmente há mais de 6 meses neste serviço. Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada e da observação sistemática e analisados com base no software WebQDA. **Resultados:** a pesquisa emergiu duas categorias: potencialidades vivenciadas pela mulher vivendo com HIV/AIDS e desafios vivenciados pelas mulheres vivendo com HIV/AIDS. **Considerações finais:** a vulnerabilidade interfere no processo de adoecimento das mulheres vivendo com HIV/AIDS, mesmo com os avanços tecnológicos existentes para o tratamento das mulheres vivendo com HIV/AIDS.

**Palavras-chave:** HIV; Mulheres; Saúde da mulher; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Vulnerabilidade.

**Keywords:** HIV; Women; Women's health; Acquired Immunodeficiency Syndrome; Vulnerability.

**Descriptores:** VIH; Mujer; La salud de la mujer; Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; Vulnerabilidad.

### INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença que tem causado preocupação no mundo inteiro, diante das necessidades de cuidado e que requer atenção tanto das pessoas acometidas, quanto daquelas envolvidas diretamente no processo do cuidado ao longo da vida. Assim, os indivíduos acometidos pelo HIV devem buscar a proteção através do cuidado que são ofertado no Serviço de Assistência Especializada (SAE), existentes no Brasil.<sup>1</sup>

Em relação à infecção ao vírus HIV, a mulher tem se tornado o grupo mais vulnerável, sendo como principal fator a submissão ao longo dos anos, processo que interfere na tomada

de decisões, tanto na vida pessoal, quanto na pública.<sup>2</sup> A vulnerabilidade é conceituada como o nível de suscetibilidade às doenças ou dos agravos a que as mulheres estão expostas e a disponibilidade de recursos que possuem para se proteger.<sup>3</sup>

A literatura afirma que a dimensão individual envolve a identidade pessoal, construída nas interações com o mundo, enquanto a dimensão social se relaciona aos contextos de organização política, econômica e sociocultural, e por isso é decorrida de marcadores sociais da diferença, como gênero, raça, classe e geração. A dimensão programática está relacionada a questões políticas, serviços e ações institucionais, em conformidade com processos e contextos político-sociais diversos.<sup>4-5</sup>

No Brasil, a epidemia de HIV/AIDS e a violência às mulheres são problemas sociais com elevada proporção, tendo ocorrido aumento do número de casos entre populações pobres e, principalmente, entre as mulheres. Neste contexto, a literatura traz que as mulheres que vivem com HIV/AIDS e sofrem violências são atingidas por uma violação dos seus direitos e, embora este fato ainda seja pouco visível, constitui uma forma de controle e de punição às que não cumprem os papéis de gênero designados pela cultura patriarcal.<sup>3</sup>

Esta pesquisa justifica-se devido à carência de estudos relacionados às potencialidades e desafios vivenciados pelas mulheres vivendo com HIV/AIDS. A literatura afirma que a não adesão ao tratamento ao HIV pelas mulheres configura um desafio e uma ameaça para a saúde pública, tanto a nível individual quanto para o âmbito coletivo.<sup>6</sup> Neste contexto, este estudo é de relevância para a sociedade, porque estará contribuindo com novos conhecimentos sobre as potencialidades e desafios vivenciados pelas mulheres com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE) e conseqüentemente, propondo uma melhoria para o cuidado às mulheres afetadas por esta doença.

Assim, esta pesquisa propõe a seguinte questão norteadora: Quais as potencialidades e os desafios no cuidado de si em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil?

Este estudo tem como objetivo: descrever as potencialidades e os desafios na produção do cuidado de si em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

## **MÉTODOS**

Este estudo trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. O cenário da pesquisa foi o Centro de Assistência e Tratamento Especializado (CATE), localizado em um município na

região do sudoeste do estado da Bahia. O Centro de Assistência e Tratamento Especializado (CATE) é referência para atendimento e tratamento as mulheres diagnosticadas com HIV deste município e mais 28 municípios circunvizinhos da mesma região. Entretanto, no CATE tem-se ainda o Serviço de Assistência Especializada (SAE) que é um serviço ambulatorial de alta complexidade e que presta atendimentos a pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Os participantes desta pesquisa foram dois grupos, o primeiro constituído por quatro profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada e o segundo por cinco mulheres que são acompanhadas pelos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de HIV/AIDS do Centro de Assistência e Tratamento Especializado (CATE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia. Para estas participantes da pesquisa foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: mulheres cadastradas e acompanhadas pelos profissionais de saúde pelo Serviço de Assistência Especializada (SAE) e possuir idade igual ou maior que 18 anos e estar em tratamento a mais de 6 meses, mulheres com ciência da soropositividade ao HIV/AIDS e que sejam acompanhadas pelo serviço, pois são essas que recebem os cuidados prestados pelos profissionais de saúde que atuam no Serviço de Assistência Especializada (SAE) de HIV/AIDS e mulheres que seja anuentes à pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Na fase de coleta de dados, os profissionais de saúde foram contatados no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em seu local de trabalho e foram convidados a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão na pesquisa foram os profissionais de nível superior e ter mais de dois anos atuando com mulheres com diagnóstico do vírus HIV/AIDS. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, que se encontrava em processo de doutoramento e que já tinha experiência na aplicação da técnica da entrevista anteriormente.

As participantes na entrevista foram identificadas, sequencialmente, nas entrevistas, pela codificação de M1 (mulheres), e assim consequentemente. Nas entrevistas com os profissionais de saúde, foram enumerados de PS1 na ordem de aparecimento das entrevistas. Em relação à observação, cada situação acompanhada durante as consultas foi registrada relacionada à ordem da sequência da observação.

A coleta dos dados aconteceu no período de fevereiro a maio de 2021. Na fase de coleta de dados foram empregadas às técnicas da entrevista semiestruturada e a observação sistemática. Na técnica de entrevista foi utilizado como instrumento um roteiro semiestruturado. As entrevistas foram gravadas com a ajuda de um aparelho de gravação digital.

A técnica de observação foi empregada com os profissionais de saúde durante o desenvolvimento da consulta às mulheres vivendo com HIV/AIDS, com o objetivo de

observar o cuidado desenvolvido às mulheres. Elas participaram desta técnica apenas como usuária deste processo de produção do cuidado na pesquisa, durante o desenvolvimento da consulta. Todos os participantes da pesquisa foram informados que estavam sendo observadas no momento realização da consulta às mulheres vivendo com o vírus HIV/AIDS e consequentemente, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados foram coletados no período de março a maio de 2021, após a concordância dos participantes da pesquisa de participarem da pesquisa, com a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo atendidas as diretrizes contidas nas Resoluções nº 466/2012 do CNS e a 510 de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), assegurado aos entrevistados o anonimato nas transcrições e divulgação dos seus discursos, na perspectiva de respeitar a sua integridade intelectual, social e cultural.<sup>7-8</sup>

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (CEP/UESB), através do CAAE número: 44128020.4.0000.005544128020.4.0000.0055. Posteriormente, foi encaminhado ofício para a Secretária Municipal de Saúde, na qual autorizou a pesquisa, e no mesmo momento também foi solicitado à autorização do coordenador do CATE, em seguida iniciou a coleta dos dados.

Para organização e a codificação dos dados analisados foi empregado à análise de conteúdo com a contribuição de um software. Foi utilizado o software WebQDA.<sup>9</sup> O WebQDA permite a realização da análise dos dados, através da análise de conteúdo.<sup>10</sup> O software WebQDA fornece acesso online e compatibilidade com vários sistemas operacionais, com o intuito de permitir o compartilhamento de informações entre os pesquisadores.<sup>9-11</sup>

## **RESULTADOS**

Na fase de análise dos dados, o uso do software contribui muito no encontro das categorias e subcategorias empíricas.

### **Categoria 1. Potencialidades vivenciadas pela mulher vivendo com HIV/AIDS**

#### **Subcategoria 1.1 - Vulnerabilidade individual das mulheres ao HIV**

A epidemia do HIV/AIDS é uma pandemia com significados, ela se manifesta e se retroalimenta a partir dos entrecruzamentos de diferentes vulnerabilidades. Nesta categoria, a fala desta participante evidencia a vulnerabilidade individual vivenciada pela participante da pesquisa:

Ele é violento comigo! Me bate! Por isso não conto para ele o diagnóstico [...]. (M 4)

Esta fala vem afirmar a narrativa da observação que traz alguns riscos da vulnerabilidade compartilhada pela mulher, durante o desenvolvimento da consulta:

Mulher relata parceiro fixo há cinco anos, porém não sabe informar a fonte da infecção do HIV, pois refere que teve outros parceiros sexuais anteriormente. Quanto ao diagnóstico afirma a importância do tratamento para o HIV, porém tem um ano que não faz uso da medicação prescrita pelo infectologista. Após orientação pela profissional de saúde, a mulher não aceitou levar a camisinha para proteção durante as relações sexuais, pois o parceiro por questão de machismo não aceita usar a camisinha. (Observação da participante M 4)

Nestes resultados constata-se que em virtude da contaminação pelo HIV, torna-se importante interferir neste processo saúde-doença, entretanto, diante do medo desta mulher de sofrer agressões pelo seu parceiro, a mesma prefere manter relação sexual sem proteção, para não ser agredida pelo seu parceiro, mesmo tendo conhecimento quanto ao risco do aumento da carga viral, para o HIV com a exposição. No caso dessa mulher vivencia uma violência física, além de sofrer um tratamento marcado pela falta de cuidado de si.

A fala a seguir evidencia a vulnerabilidade identificada pelos profissionais de saúde na mulher.

[...] tem alguns casos também de violência doméstica. (PS 2)

A violência doméstica sofrida pela mulher é um dos agravantes que interfere no processo de adoecimento, associado ao HIV, traz mais complicação à doença. Este tipo de violência sofrida pela mulher geralmente é provocado pelo seu parceiro.

As falas abaixo constata a vulnerabilidade psicológica vivenciada pela mulher.

Outras vulnerabilidades, são as psicológicas, que envolve a doença. (M 1)

Elas enfrentam o medo da doença e o preconceito. (PS 3)

No âmbito psicológico, enfatiza-se que estas aumentam no cotidiano feminino a partir do diagnóstico do HIV, entre esses, o medo da doença, o preconceito e a discriminação.

### **Subcategoria 1.2 - Vulnerabilidade social das mulheres ao HIV**

Nesta subcategoria as potencialidades no cuidado ao HIV/AIDS são configuradas pela dimensão da vulnerabilidade social.

Nestes relatos dos participantes evidencia-se a vulnerabilidade social vivenciada pela mulher:

E tem a questão social também que às vezes é bem difícil. A questão de deslocamento né, às vezes as principalmente que moram em outro município [...]. Dificuldade econômica mesmo de vim para pegar as medicações que são entregue mensalmente. [...]. (M 1)

A vulnerabilidade econômica e social. É o que pesa muito! Inclusive para adesão ao tratamento. (PS 2)

O contexto das pacientes portadoras de HIV é um contexto que envolve uma condição econômica desfavorável [...]. O tratamento não é só medicamento. Não adianta só prescrever medicamentos. [...]. (PS 4)

Diante da vulnerabilidade vivenciada pelas mulheres, que são influenciadas pelas questões econômicas e sociais, pois os relatos trazem que isso aumenta após a confirmação do diagnóstico da infecção pelo vírus HIV, até mesmo pelo fato destas necessitarem de recursos financeiros para o seu deslocamento para continuidade do seu tratamento no SAE, uma vez que muitas não ter condições econômicas para tal. Esse resultado é confirmado quando o profissional de saúde afirma que o tratamento para HIV não é só prescrever medicamentos, o contexto social que a mulher vive tem que ser favorável ao tratamento.

Assim, as falas destas participantes revelam a vulnerabilidade como sinônimo de direitos.

Agente vê muito a questão da vulnerabilidade social. [...]. Só o que pesa, mas aqui é a questão social, de não ter trabalho. Aí às vezes ela corre muito atrás de benefícios. Só que também não é tão fácil. A ideia que a sociedade ainda tem, isso incluem as mulheres, é de que ser apenas portadora do vírus HIV dá direito a benefícios. (PS 1)

É quase um chip de vulnerabilidade a portadora com HIV/AIDS identificado durante o cuidado. (PS 2)

Elas são encaminhadas mais para saberem dos seus direitos sociais, após as consultas com as enfermeiras e/ou médico (infeccionista). Porém só tem direito as que possuem vínculo empregatício e contribuem com o INSS ou as que estão com AIDS. (PS 3)

Os resultados revelam a vulnerabilidade social vivenciada pela mulher com HIV/AIDS configurada como uma questão muito forte, pois, algumas destas não possuem renda financeira para se sustentarem, como consequência ao ser diagnosticada com o HIV, busca os seus direitos sociais para se beneficiar dos benefícios que são garantidos por lei. Entretanto, este direito é garantido apenas para as mulheres que contribuem com o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) ou para aquelas que estão na fase de AIDS.

### **Subcategoria 1.3 - Vulnerabilidade programática das mulheres ao HIV**

A vulnerabilidade programática está relacionada à assistência ofertada às mulheres vivendo com HIV/AIDS. Neste contexto, esta fala descreve as ações educativas ofertadas às mulheres com o propósito de diminuir a vulnerabilidade.

Grupo de adesão para as mulheres, porém parou por conta da pandemia. Este grupo busca empoderar a mulher para que ela conte para o parceiro ou parcerias sobre o HIV. Cuidar de si, o foco é a mulher neste momento. (PS 2)

Este relato traz que o grupo sobre adesão para as mulheres propõe a necessidade de empoderar às mulheres com HIV para que a mesma possa cuidar de si e a partir daí informar o parceiro ou parcerias sobre a infecção do HIV/AIDS e com isso contribuir para adesão ao tratamento e diminuir a transmissibilidade do vírus para outros parceiros. Entretanto, por conta da pandemia pelo SARS-COVID-19, as atividades do grupo ficaram suspensas.

### **Categoria 2. Desafios vivenciados por profissionais de saúde no cuidado às mulheres no cuidado ao HIV/AIDS**

Esta categoria aborda a subcategoria que retratam os desafios vivenciados pelos profissionais de saúde no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS.

#### **Subcategoria 2.1 - Desafios vivenciados por profissionais de saúde no cuidado às mulheres no cuidado ao HIV/AIDS**

Esta fala descreve a preocupação da profissional de saúde em relação às mulheres não se cuidarem durante o tratamento para HIV/AIDS.

A preocupação é das mulheres não se cuidaram durante o tratamento. (PS 2)

Este relato demonstra a preocupação que os profissionais de saúde têm com as mulheres, destas não se cuidarem durante o tratamento, ou seja, a adesão ao tratamento para às mulheres com HIV é considerada um desafio pelos profissionais de saúde.

Entretanto, quando ocorre adesão ao tratamento pela mulher, outro profissional de saúde refere que superou este desafio da clínica do HIV.

A questão clínica, quando agente tem adesão ao tratamento. É uma realização profissional. (PS 1)

Mostra-se como o profissional de saúde relatou que a questão clínica do HIV é um desafio para a adesão ao tratamento para as mulheres.

### **Subcategoria 2.2 - Desafios vivenciados pelas mulheres durante o cuidado no pré-natal**

Nesta subcategoria, destaca que o ato de não amamentar é considerado um desafio para a gestante diante do diagnóstico da soropositividade na gestação:

No pré-natal é o fato de não amamentar. É algo que choca muito. E muitas vão para atendimento com a psicóloga. (PS 2).

No pré-natal, as gestantes diagnosticadas com HIV são aconselhadas a não amamentar para não acontecer à transmissão vertical no pós-parto ao amamentar a criança. Este ato de não amamentar o filho deixa a mulher chocada e triste, que necessita muitas vezes de acompanhamento com psicólogo.

## **DISCUSSÃO**

As vulnerabilidades vivenciadas por elas foram consideradas pelos profissionais de saúde como uma dificuldade que infere na adesão ao tratamento ao HIV/AIDS. Esses resultados são convergentes com outros autores que afirmam que a baixa adesão aos medicamentos, é considerada um desafio para os trabalhadores de promovê-la entre os indivíduos que fazem tratamento para HIV/AIDS.<sup>12</sup>

Nesta pesquisa, os resultados demonstram que as potencialidades vivenciadas pelas mulheres mostram sua posição vulnerável, em relação à infecção pelo HIV, pois encontram dificuldades em negociar o uso do preservativo com seu parceiro e até mesmo medo. Esses achados são contrários com outros autores que referem que cada pessoa tem necessidades

determinadas pelo contexto a qual está inserido, pelas noções do risco do HIV, pelas relações sexuais que conhece e pelos aspectos estruturais, como acesso às melhores condições financeiras e ao trabalho, que, em seu conjunto, influenciarão na escolha, no uso do método e na vinculação com o serviço. Esses determinantes conduzem às abordagens que tomam o indivíduo e às suas necessidades como norteadores do cuidado que terão maior chance de sucesso no tratamento.<sup>13</sup>

Os resultados trazem a decisão da mulher de não compartilhar o diagnóstico com o parceiro entre a maioria delas, principalmente se o casal se formou-se antes do diagnóstico. Outro fator de risco para a vulnerabilidade é a noção da masculinidade imposta pelo parceiro, onde a virilidade do homem se prova, dentre outras formas, da disposição que se tem em correr riscos, torna-as mais frágeis no processo saúde-doença.<sup>14</sup>

As mulheres devido as desigualdades sociais tornam mais suscetíveis ao HIV/AIDS. Esse fenômeno é chamado de vulnerabilidade social. Neste contexto, a definição de vulnerabilidade social parte do princípio de que não são apenas aspectos individuais que expõem os indivíduos a HIV/AIDS, mas também processos sociais, ou seja, aspectos econômicos, culturais, políticos, morais que dizem respeito à vida em sociedade.<sup>15</sup>

A literatura afirma que as vulnerabilidades sociais e as violências vivenciadas pelas mulheres são consideradas características marcantes na vida das mulheres que vivem com HIV/AIDS.<sup>5</sup>

O sistema previdenciário brasileiro propõe a garantia dos direitos à mulher com HIV/AIDS de um salário mínimo, sendo entendido como um benefício mensal à pessoa incapacitada para a vida independente e para o trabalho, para isso, deve comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção e nem tê-la provida por sua família. Esse benefício independe de contribuições para a Previdência Social.<sup>16</sup>

A adesão à terapia antirretroviral para a infecção do HIV nas mulheres tem sido considerada como uma das maiores ameaças à efetividade do tratamento, tanto no nível individual, quanto para a disseminação do vírus que causa resistência, a nível coletivo. Isto acontece porque os regimes terapêuticos para o HIV/AIDS parecem exigir do indivíduo integração complexa entre os conhecimentos, as habilidades e a aceitação, além de outros motivos importantes ligados ao ambiente e ao cuidado com a saúde.<sup>17</sup>

A adesão à terapia antirretroviral (TARV), significa dizer que a pessoa que está em tratamento para HIV, identifica a carga viral a nível indetectável (< 40 cópias/ml).<sup>18</sup> Neste contexto, quando a mulher realiza o exame da carga viral e após a avaliação pelo profissional de saúde, é constatada que conseguiu a adesão à terapia medicamentosa, a profissional

considera uma realização, diante deste êxito. Este fato justifica-se diante do desafio que é a adesão ao tratamento do HIV.

A dimensão programática refere-se ao que já está sendo efetivada na prática faz parte das análises de situações realizadas a sua margem. Neste contexto, a literatura afirma sobre a necessidade de análise das condições programáticas, uma vez que esta não pode passar ao largo de novas avaliações, para a intervenção de novas propostas para intervenção.<sup>19</sup> Assim, a necessidade de realizar reuniões em grupo com as mulheres para adesão ao tratamento do HIV foi suspensa e por este motivo necessitavam acontecer novas modalidades como remota, para que estas atividades não ficassem suspensas.

Neste contexto, a literatura traz que as dificuldades para a adesão à terapia antirretroviral são determinadas por envolver vários fatores: desde questões sociais, econômicas, trabalhadores de saúde, bem como os efeitos colaterais de cada pessoa ao tratamento e as particularidades da pessoa vivendo com HIV/AIDS.<sup>20-21</sup>

No período da gestação, o medo da mulher de acontecer à transmissão vertical para o recém-nascido é considerado a maior preocupação das gestantes neste período. A transmissão do vírus pode ocorrer durante a gestação, parto e no pós-parto durante a amamentação.<sup>22</sup> A gravidez é considerada como um evento importante na vida das mulheres, que traz muitas mudanças. Dentre essas, associada ao diagnóstico do HIV, destaca a inibição da lactação. Neste caso especificamente ocorre uma proibição para a amamentação, como uma medida eficaz para a diminuição das taxas de transmissão vertical do HIV.<sup>23</sup>

A pesquisa evidenciou limitações por ter sido realizada no período da pandemia pelo SARS-COVID-19, uma vez que esta doença contribuiu para o aumento da vulnerabilidade das mulheres vivendo com HIV/AIDS, devido às dificuldades vivenciadas por estas para buscarem tratamento.

Como contribuição para a área da enfermagem, o estudo favoreceu constatar a importância da enfermagem no cuidado direto às mulheres vivendo com HIV/AIDS, sendo que esta categoria realiza a consulta com um olhar ampliando para a condição clínica da doença, visando a mulheres em qualquer fase do HIV, associado aos determinantes que interferem neste processo de adoecimento.

Ainda em relação à categoria de enfermagem, em conjunto com a educação em saúde proponho fortalecer a integração com os educadores no intuito de promover ações de educação na comunidade e nas escolas, voltada ao conhecimento científico sobre o HIV/AIDS, proporcionado assim à promoção e prevenção do vírus.

Embora esta pesquisa seja de cunho qualitativo, os resultados permitem vislumbrar a realização de futuras pesquisas na área, até mesmo para preencher as lacunas do conhecimento na área de vulnerabilidade e HIV.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desta pesquisa trazem as potencialidades identificadas nas mulheres vivendo com HIV/AIDS, onde constata-se que a vulnerabilidade interfere no processo de adoecimento destas, sendo vivenciada por estas como um dos agravantes que influencia para evolução da fase da AIDS, devido aos desafios vivenciadas pela mulher durante o tratamento, associado às suas trajetórias de vidas.

Os achados desta pesquisa permitiram identificar a interação entre as três dimensões de vulnerabilidade (individual, social e programática) vivenciadas por estas mulheres. Conclui-se que, algumas destas são vítimas de violência de gênero (violência psicológica e física), em relação à doença HIV/AIDS. A violência psicológica vivenciada pela mulher foi identificada a partir do momento que o parceiro a ameaça, dizendo que vai agredi-la. A violência física foi descrita nas entrevistas quando a mulher afirma as agressões físicas vivenciadas pelo parceiro, caso ela solicite o uso do preservativo para proteção durante as relações sexuais.

Constata-se que os resultados nesta pesquisa reforçam as vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas mulheres do município em questão, seja nas dificuldades econômicas, seja nas questões sociais referidas pelas participantes encontradas, compreende-se assim, como um desafio para o cuidado do HIV/AIDS. Enfim, percebe-se que esta vulnerabilidade, torna-se ainda mais fortalecida após o diagnóstico do HIV. Ressalta-se ainda como especificamente termo intitulado como vulnerabilidade programática nas mulheres aumentou no período da pandemia pelo SARS COVID – 19, devido às restrições que esta doença proporcionou a população a nível mundial.

Os dados revelam que diante da impossibilidade de amamentar o seu filho, este motivo é considerado um desafio para a mulher vivendo com HIV/AIDS, no período gestacional.

Diante do exposto, percebe-se a necessidade de que os gestores do SUS potencializem os cuidados ofertados à mulher com HIV/AIDS, diante da vulnerabilidade vivenciadas por estas, com a finalidade de garantir benefícios para diminuir os fatores que determinam as vulnerabilidades.

## REFERÊNCIAS

1. Silva VGF, Nogueira ILA, Elias TMN, Reis RK, Souza NL, Menezes RMP. Parceiros sexuais sorodiferentes quanto ao HIV: representações sociais dos profissionais de serviços de saúde. *Revista bras de enferm* [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 10]; 75(6):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0867pt>.
2. Damaceno CKCS, Santos FTG, Silva DMF, Guimaraes NLM, Veras JMMF. Vulnerabilidade da mulher à infecção pelo vírus HIV. *Rev Enferm UFPE on-line* [Internet]. 2017 Mar [cited 2023 Jul 20]; 11(Supl. 3):1320-25. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13973/16818>.
3. Ceccon RF, Menghel SN. Iniquidades de gênero: mulheres com HIV/Aids em situação de violência. *Physis* [Internet]. 2017 Oct-Dec [cited 2023 Aug 05]; 27(04). Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000400012>.
4. Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In: Paiva V, Ayres JR, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos—Prevenção e promoção da saúde – Da doença à cidadania. Livro I. Curitiba: Juruá; 2012: 9-23.* Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1081776>.
5. Damião JJ, Agostini R, Maksul I, Filgueiras S, Rocha F. Cuidando de pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção primária à saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? *Saúde debate* [Internet]. 2022 [cited 2023 jul 22];46 (132):163-74. Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213211>.
6. Duarte FMR, Santos CO, Silva RS. A (Não) Adesão ao tratamento de HIV/AIDS; Sentidos, Manejos clínicos e Dilemas Bioéticos. *Revista Psicologia e Saúde.* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jul 28]; 14(2):53-67 Available from: <https://www.pssa.ucdb.br/pssa/article/view/1781/1373>.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde. 2012 [cited 2020 Sept 20]. Available from: [conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf).
8. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 510, de 7 de abril de 2016. Brasília: Ministério da Saúde. 2016 [cited 2020 Sept 22]. Available from: [conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf).
9. Cruz DS, Rocha – Veiga AM, Caetano LMD. Interloquções entre análise qualitativa de conteúdo e Software de dados Webqda na pesquisa em educação. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação, Araraquara* [Internet]. 2022 out./dez. [cited 2023 Jul 26];17(4):2565-81. Available from: <https://doi.org/10.21723/riaee.v17i4.16804> 2566.
10. Bardin L. *Análise de Conteúdo.* São Paulo: Edições 70; 2016, p. 297.

11. Amado J, Costa AP, Crusoé N. A Técnica de Análise de Conteúdo. In: Jorge Amado (Ed.). Manual de Investigação Qualitativa em Educação. 2. Ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. 2014; 301–50 p
12. Smiderle CASL, Favoreto CAO. Desafios das práticas de cuidado na Atenção Primária à Saúde a pessoas que vivem com HIV. Rev Bras Med Fam Comu [Internet]. 2023 Jan-Dez [cited 2023 Jul 04];18(45):3218. Available from: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/3218>.
13. Zucchi EM, Grangeiro A, Ferraz D, Pinheiro TF, Alencar T, Ferguson L, Munhoz, R. Da evidência à ação: desafios do Sistema Único de Saúde para ofertar a profilaxia pré-exposição sexual (PrEP) ao HIV às pessoas em maior vulnerabilidade. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018 [cited 2023 Jul 24];34(7):1-16. DOI: 10.1590/0102-11X00206617.
14. Chaves ACP, Sousa CSP, Almeida PC, Bezerra EO, Sousa GJB, Pereira MLD. Vulnerabilidade à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana entre mulheres em idade fértil. Rev. Rene [Internet]. 2019 [cited 2023 May 24];20. Available from: [https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/40967/1/2019\\_art\\_acpchaves.pdf](https://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/40967/1/2019_art_acpchaves.pdf).
15. Oliveira EA, Souza VG, Silva SB, Santos ML, Prudêncio LS, Mata NDS, Menezes RAO, Nemer CRB. Análise da vulnerabilidade ao HIV em adolescentes atendidas na atenção primária à saúde. International Journal of Development Research [Internet]. 2022 Fev [cited 2023 jul 24];12; Issue 2,13990-53995; 1-6. Available from: <https://doi.org/10.37118/ijdr.24045.02.2022>.
16. Unaid. Documents: UNAIDS [Internet]. Legislação brasileira e o HIV; 2023 [cited 2023 jul 20]. Available from: <https://unaid.org.br/legislacao-e-hiv/>.
17. Maia MPM, Carvalho MPC, Fassa AG. Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2023 [cited 2023 jul 30];39 (1): e00099622: 2-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/0102-311XPT099622>.
18. Lori EM, Cozzi-Lepri A, Tavelli A, Mercurio V, Ibba SV, Lo Caputo S, et al. Evaluation of the effect of protective genetic variants on cART success in HIV-1-infected patients. J Biol Regul Homeost Agents [Internet]. 2020 [cited 2023 Jul 30];34(4):1553-9. Available from: <https://doi.org/10.23812/19-527-L>.
19. Ayres JR. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/AIDS. Saúde em Debate [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 30];46(Esp). Available from: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>.
20. World Health Organization. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. Geneva (CH): WHO; 2003 [cited 2023 Jul 16]. (WHO Technical Report Series; nº 916. Available from:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO\\_TRS\\_916.pdf;jsessionid=2DC8A9F3975036E927DA4EAB3FDD4ED7?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=2DC8A9F3975036E927DA4EAB3FDD4ED7?sequence=1).

21. Santos AP, Cardoso JFC, Gomide IBG, Andrade DA. Instrumentos para avaliar a adesão medicamentosa em pessoas vivendo com HIV: uma revisão de escopo. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2022 [cited 2023 Jun 30];56:1-12. Available from: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2022056004475>.

22. Bastos RA, Bellini NR, Vieira CM, Campos CJG, Turato ER. Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. *Rev Bioét* [Internet]. 2019 [cited 2023 Jun 30]; 27(2); 281-8. Available from: [https://doi.org/10.1590/1983-80422019272311\\_](https://doi.org/10.1590/1983-80422019272311_).

23. Souza FLP, Clark LM, Lelis BDB, Dusso MIS, Leite AM. Sentimentos e significados: HIV na impossibilidade de amamentar. *Rev Enferm UFPE on-line* [Internet]. 2019[cited 2023 jul 20];13;e241854 Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistes/revistaenfermagem>.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O nosso estudo, desenvolvido com mulheres vivendo com HIV/AIDS, possibilitou a construção de conhecimentos sobre a produção do cuidado a esse público, além de nos permitir perceber várias nuances relacionadas ao objeto de estudo, e nos conduzir à elaboração do seguinte pressuposto teórico: apesar de a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS envolver a promoção, a prevenção e a recuperação da saúde, para que os profissionais de saúde desse campo de atuação prestem o cuidado integral faz-se necessário enfrentar o contexto de vulnerabilidades vivenciado, mediante o compartilhamento de responsabilidade entre a mulher, os profissionais de saúde e os gestores do SUS.

Portanto, as considerações que ora descrevemos estão circunscritas às vivências das mulheres vivendo com HIV/AIDS e os profissionais de saúde que participaram do estudo, que contribuíram para o alcance dos objetivos da pesquisa, conforme relatados por meio dos manuscritos apresentados na seção dos resultados, quais sejam: 1) Produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS; 2) Tecnologias em Saúde aplicadas na produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS; e 3) Potencialidades e desafios no cuidado de si em mulheres vivendo com HIV/AIDS.

O primeiro manuscrito revela que a produção do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS deve ser desenvolvida com base na integralidade da atenção. No entanto, os resultados demonstram que a produção do cuidado, desenvolvida pelos profissionais de saúde do SAE, encontra-se fundamentado em um conhecimento científico especializado, centrado na clínica da doença. Desse modo, o estudo aponta para a importância do vínculo e do acolhimento, no sentido de conhecer as vulnerabilidades às quais as mulheres estão expostas para buscarem a resolutividade das ações a partir da co-participação com profissionais e dos gestores da saúde.

Além disso, no manuscrito citado apresentamos, ainda, os resultados que destacam fragilidades na Rede de Atenção à Saúde (RAS) referente à dificuldade de acesso a outros especialistas quando a mulher necessita de avaliação, a exemplo de cardiologistas, psiquiatras e/ou proctologistas, para dar respostas aos seus problemas de saúde diagnosticados pelos profissionais do SAE. Essa fragilidade foi a partir das falas em que os profissionais relataram limitações na acessibilidade tanto a nível da atenção básica quanto da média complexidade.

O segundo manuscrito evidencia a importância do emprego simultâneo das tecnologias leves, leve-duras e duras durante a produção do cuidado às mulheres vivendo com

HIV/AIDS. No que tange às tecnologias leves, o manuscrito enfatiza o potencial da escuta para a realização da prática de educação em saúde durante a realização das consultas individuais. Com relação às tecnologias leves-duras, o emprego do conhecimento científico foi identificado durante o tratamento para o HIV/AIDS. Já a prescrição de medicamentos e a utilização dos consensos publicados pelo Ministério da Saúde foram apontadas como tecnologias duras mais utilizadas nos atendimentos.

O terceiro manuscrito destaca as dimensões individuais, sociais e programáticas das vulnerabilidades vivenciadas por essas mulheres, tais como violência psicológica e/ou violência física, ambas relacionadas à questão do gênero, além daquelas referentes à própria infecção pelo HIV/AIDS. Nessa perspectiva, os achados demonstram que a vulnerabilidade social está fortemente aumentada após a descoberta do vírus. E, a vulnerabilidade programática, relacionada às políticas públicas, aumentou consideravelmente nos últimos anos, em virtude da pandemia pela COVID-19, implicando na necessidade de novas avaliações, para que novas estratégias fossem implementadas nesse período e no pós-pandemia.

Assim, a pesquisa evidenciou a necessidade dos profissionais de saúde, sobretudo os da enfermagem, aprimorarem o uso das tecnologias, no sentido de integrar as tecnologias leves, pautadas no acolhimento, na escuta e na construção do vínculo, aos demais tipos de tecnologia, que incluem a implementação dos tratamentos pautados na aplicação do conhecimento científico, uso dos protocolos que norteiam a administração de medicamentos e exames diagnósticos, com o intuito de gerar resolutividade no cuidado a partir do enfrentamento das vulnerabilidades.

Desse modo, o estudo oferece contribuições para o campo do cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS, especialmente por apresentar o potencial das tecnologias leves para a promoção da saúde e prevenção dos agravos, através da redução de danos e/ou evolução para quadros sindrômicos e irreversíveis.

O conhecimento produzido nesse estudo também pode ser aplicado nas três atividades fins da universidade, o ensino, a pesquisa e a extensão, suscitando a construção de novos saberes e práticas. No âmbito da assistência, o estudo poderá contribuir para a reflexão da prática profissional dos enfermeiros e melhoria da qualidade de vida das mulheres vivendo com HIV/AIDS, a partir da produção do cuidado integral.

No âmbito da pesquisa, os resultados suscitam a necessidade de realização de novos estudos no sentido de responder a questionamentos referentes à utilização dos diferentes tipos

de tecnologia, riscos e vulnerabilidade envolvendo a mulher que vivencia HIV/AIDS e a produção do cuidado nesse campo.

No campo da extensão universitária, o estudo apresenta um cenário rico em possibilidades de investimento para docentes e discentes das disciplinas do campo da Enfermagem em Atenção à Saúde da Mulher e Enfermagem em Saúde Coletiva, vez que nosso foco de estudo foi o enfrentamento ao HIV/AIDS, que são estudadas por ambas as disciplinas.

Nessa perspectiva, realizar esse estudo nos fez ver que a atuação no campo da saúde da mulher, sobretudo quando se pretende trabalhar o cuidado no contexto da saúde coletiva, requer uma disposição do enfermeiro e dos demais trabalhadores da área para utilizar as tecnologias leve, que podem intermediar processos de aceitação e promoção humana, o que envolve elevação da autoestima e melhoria da qualidade de vida.

Nesse sentido, o estudo mostra que a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS deve acontecer, prioritariamente, nos serviços de atenção primária, a exemplo de Unidades de Saúde da Família ou serviço equivalente, de modo que os profissionais e gestores estabeleçam diálogos com as mulheres, e conheçam o contexto de vulnerabilidades ao qual estão expostas, de modo a sincronizar o uso das tecnologias leve, leve-duras e duras, com o propósito de garantir a melhoria da produção do cuidado.

Com essa reflexão, concluímos que a participação das mulheres vivendo com HIV/AIDS no cuidado pressupõe a garantia da efetivação de políticas públicas que reduzam as vulnerabilidades e abram perspectivas de melhores condições de vida e saúde para este grupo populacional.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Isabella Sousa; RIBEIRO, José Mendes; BASTOS, Francisco Inácio. Análise da política nacional de DST/AIDS sob a perspectiva do modelo de coalizões de defesa. **Ciência Saúde Coletiva**. v. 27, n. 3, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.45862020>. Acesso em: 23 mar. 2023.

AMADO, João; COSTA, A. P; CRUSOÉ, N. A Técnica de Análise de Conteúdo. In: Jorge Amado (Ed.). **Manual de Investigação Qualitativa em Educação**. 2. Ed. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. p. 301–350, 2014.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado, organizadores. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; p. 121-43, 2009.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita, CALAZANS, Gabriela Junqueira; FILHO, HCS, JÚNIOR, Ivan França. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção à saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Souza, et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo (SP): Hucitec, Editora Fiocruz; 2016.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita. **Cuidado: integração nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO, 2011.

AYRES, José Ricardo Carvalho Mesquita, PAIVA V, FRANÇA Junior I. From natural history of disease to vulnerability: changing concepts and practices in contemporary public health. In: Parker P, Sommer M, organizadores. **Routledge handbook in global public health**. Abingon: Oxon: Taylor & Francis; p. 98-107, 2011.

AYRES, José Ricardo. Vulnerabilidade, Cuidado e integralidade: reconstruções conceituais e desafios atuais para as políticas e práticas de cuidado em HIV/AIDS. **Saúde em Debate**. v. 46, n. Esp, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>. Acesso em: 25 mar. 2023.

AZEVEDO, Samir Gabriel Vasconcelos; FLORÊNCIO, Raquel Sampaio; CESTARI, Virna Ribeiro Feitosa; SILVA, Maria Adelaide Monteiro da; PESSOA, Verá Lúcia Mendes de Paula; MOREIRA, Thereza Maria Magalhães. Vulnerabilidade programática na saúde: análise do conceito. **Revista Mineira de Enfermagem**. v. 26, n. e-1463, 2022. Disponível em: DOI: 10.35699/2316-9389.2022.39021. Acesso em: 20 jul. 2023.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. n. 4, 2022. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/11/boletim-HIV.Aids-2022-final-1.pdf>. Acesso em: 30 jul. 2023.

BARBOSA, Regina Helena Simões. AIDS e saúde reprodutiva: novos desafios. In: GIFFIN, Karen; COSTA Sarah Hawter, organizadores. **Questões de saúde reprodutiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; p. 281-96, 1999. Disponível em:

<https://doi.org/10.7476/9788575412916>. Acesso em: 25 jul. 2023.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Edições 70, 2016.

BATISTA, Bruno Diniz; GUIL, Larissa, MULLER, Erildo Vicente; MARTINS, Camila Marinelli; PEREIRA, Carolina Mulinett. Análise epidemiológica de gestantes vivendo com HIV em município do Sul do Brasil: 2008-2018. **International Journal of Development Research**. v. 11, Issue, 10, p. 51236-51241, October, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.37118/ijdr.22966.10.2021>. Acesso em: 20 jul. 2022.

BEZERRA, Vladimir. Cenários Políticos brasileiros, conquistas e desafios para as políticas públicas de saúde no contexto da prevenção e tratamento do HIV/AIDS e IST's – o Social em Questão. **Rede de Revista Científicas da América Latina e do Caribe, Espanha e Portugal**. v. 22, n. 45, p. 13-34, 2019. Disponível em: <https://www.redalyc.org/journal/5522/552264344001/html/>. Acesso em: 20 jul. 2020.

\_\_\_\_\_. Vladimir. Práticas e sentidos da sexualidade de alguns usuários da profilaxia pré-exposição (PREP) ao HIV. **COnline – Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Juiz de Fora, n. 23, p. 140-160, 2017. Disponível em: <http://csonline.ufjf.emnuvens.com.br/csonline/article/view/2764/1716>. Acesso em: 30 jul. 2023.

BRAGA, Patrícia Pinto; ROMANO, Cyntia Márcia; SILVA, Kênia Lara; DUARTE, Elysângela Dittz. **Utilização de software em análises de dados qualitativos: contribuições para resultados consistentes em investigações nas ciências da saúde**. Atas CIAIQ. v. 2, 2019. Disponível em: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/article/view/2168>. Acesso em: 10 jun. 2020.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 175p. 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Alternativas assistenciais à AIDS no Brasil: as estratégias e resultados para a implantação da rede de Serviços de Assistência Especializada**. 2000. Disponível em: [http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ\\_anexo\\_2.html](http://www.aids.gov.br/assistencia/aids1/relativ_anexo_2.html). Acesso em: 03 jun. 2022.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Distrito Federal; 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.459, de 24 de Junho de 2011**. Brasília. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24-06-2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24-06-2011.html)>. Acesso em: 11 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466 de 12 de Dezembro de 2012**: Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas para as Mulheres. **Monitoramento e Acompanhamento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNISM) e do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres 2013-2015 (PNPM)**. Brasília: Ministério da Saúde. 2016. Disponível em: [https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-deconteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism\\_pnpm-versaoweb.pdf](https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/politicas-para-mulheres/arquivo/central-deconteudos/publicacoes/publicacoes/2015/pnaism_pnpm-versaoweb.pdf). Acesso em: 20 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510 de 07 de Abril de 2016**: Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais humanas. Brasília: DF, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde, Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica** [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2017. Disponível em: [https://telelab.aids.gov.br/index.php/bibliotecatelelab/item/download/95\\_1a77b46bf180de3257b89a1e010b2324](https://telelab.aids.gov.br/index.php/bibliotecatelelab/item/download/95_1a77b46bf180de3257b89a1e010b2324). Acesso em: 11 jul. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Boletim epidemiológico – HIV/AIDS**. Ed. espec. 2022a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715 de 04 de abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI). Brasília: Ministério da Saúde; 2022b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>. Acesso em: 20 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde; 2022c. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-profilaxia-pre-exposicao-prep-de-risco-0>. Acesso em: 08 mar. 2023.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de HIV/AIDS. **Indicadores e Dados Básicos do HIV/AIDS nos municípios Brasileiros**. 2023. Disponível em: <http://indicadores.aids.gov.br>>. Acesso em: 04 jul. 2023.

CALAZANS, Gabriela Junqueira; PARKER, Richard, TERTO JUNIOR, Veriano. Refazendo a prevenção do HIV na 5ª década da epidemia de HIV e AIDS. **Saúde debate**. v. 46, n. esp

7. Rio de Janeiro: ABIA; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E715>. Acesso em: 9 jun. de 2023.

CAMILLO, Simone Oliveira; SILVA, Liliane Oliveira; CORTES, Juliane Miranda; MAIORINO, Fabiana Tavoraro. O desejo de ser mãe, frente a infecção por HIV/AIDS. **Revista de Enfermagem ao Centro Oeste Mineiro**. América do Norte. v. 5, n.1, p. 1,7, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.19175/recom.v0i0.552>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza et al. **Tratado de Saúde Coletiva**. 2 ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec, 2017.

CARNUT, Leonardo; FERRAZ, Camila Biancchi. Necessidades em (de) saúde: conceito, implicações e desafios para o Sistema único de Saúde. **Saúde em Debate**. v. 45, n.129, p. 451-466, Ago, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202112916>. Acesso em: 20 jul. 2022.

CASTRO, Edgard; XAVIER, Ingrid Muller. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Trad. Ingrid M. Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora; 2016.

CAVALCANTE, Maria Almerice Espíndula da Silva; RODRIGUES, Sueli Teresinha Cruz; SANTOS, Amuzza Aylla Pereira dos; SANCHES, Maria Elisângela Torres de Lima; ALVES, Siane Mariano; SANTOS, Larissa Thaís Omena dos; ALVES, Tayse Lopes. O impacto do diagnóstico do HIV na gravidez ou pós parto e seus efeitos na vida das mulheres: revisão integrativa de literatura. **Research Society and Development**. v. 10, n. 3, e17010313157. Disponível em: <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13157>. Acesso em: 10 jul. 2023.

CELUPPI, Ianca Cristina; MEIRELLES, Betina Hörner Schlindwein; COSTA, Veridiana Tavares; PIRES, Denise Elvira Pires de. Practical Approach to Care Kit: inovação para a clínica do enfermeiro no manejo do HIV. **Revista Latino-América de Enfermagem**. v. 31, n. e3721, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5998.3721>. Acesso em: 30 de jul. 2023.

COSTA, António Pedro; REIS, Luís Paulo. Advantages and disadvantages of using software for qualitative data analysis. **RISTI**. n. 23, n. 09, 2017.

\_\_\_\_\_, António Pedro; AMADO, João. **Análise de Conteúdo com software**. Oliveira de Azeméis - Aveiro - Portugal: Ludomedia, 2017.

\_\_\_\_\_, António Pedro; AMADO, João. **Análise de conteúdo em 7 passos com o WebQDA**. Ludomedia, 2018.

CONCEIÇÃO, Gilvana Souza; GOMES, Liane Oliveira Souza. Technologies Applied in the care Bearer of wounds. **Clinical Dermatology Open Acces Journal**. v. 6, n. 2, 2021.

CRUZ, Denise Santos. **Pedagogia da Bricolagem**: Ofício de educadores e educadoras artífices. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Educação, Santa Maria, 2022. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/handle/1/25351>. Acesso em: 10 set. 2021.

DALBOSCO, Claudio Almir. **Pragmatismo, teoria crítica e educação: ação pedagógica como mediação de significados**. Campinas: Autores Associados; 2010.

DOURADO, João Vitor Lira; PONTE, Hermínia Maria Souza da; AGUIAR, Francisca Alanny Rocha; ARAGÃO, Antonia Eliana de Araújo; FERREIRA JUNIOR, Antônio Rodrigues. Sexual education with school adolescents: an experience report. **Ciência Cuidado & Saúde**. v. 17, n.1, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.4025/ciencuccuidsaude.v17i1.35211>. Acesso em: 21 mar. 2020.

FANCINATO, Marcelo. **Métodos de pesquisa**. PpgSI-GACH-USP, 2015.

FERNANDES, Fernando Manuel Bessa; MOREIRA, Marcelo Rasga. Considerações metodológicas sobre as possibilidades de aplicação da técnica de observação participante na Saúde Coletiva. **Physis Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 23, n. 2, p. 511-529, 2013.

FERNANDES, Rosa Aurea Quintella; NANCHI, Nádia Zanor (Orgs). **Enfermagem e saúde da mulher**. 2 ed. Manole. 2013.

FERNANDES, Sâmara Fontes; SOARES, Themis Cristina Mesquita; ALMEIDA NETA, Antonia Gomes de; GOMES, José Giovanni Nobre; FERREIRA, Lucas Batista; SILVA, Richardson Augusto Rosendo da. Planejamento regional em Saúde da Política Pública em HIV/AIDS. **Revista Científica de Enfermagem**. v.10, n. 32, p. 92-102, 2020. Disponível em: <http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/314>. Acesso em: 10 mar. 2023.

FERREIRA, Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves da Silva. Caminhos do cuidado – itinerários de pessoas que convivem com o HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v.17, n. 11, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012001100025>. Acesso em: 20 jun. 2020.

FERREIRA, Verônica Clemente; SILVA, Mariana Regazzi Ferreira da; MONTOVANI, Elisa Hypólito; COLARES, Larissa Gobbi; RIBEIRO, Aridiane Alves; STOFEL, Natália Sevilha. Saúde da Mulher, Gênero, Políticas Públicas e Educação Médica: Agravos no Contexto de Pandemia. **Revista brasileira educação medica**. v. 44, n. Suppl 01, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-5271v44.supl.1-20200402>. Acesso em: 15 jun. 2022.

FEUERWERKER, Laura Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. 2014.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade**, 3. O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, p. 98. 1985.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade – a vontade de saber**, 1. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1999.

FOUCAULT, Michel. **Michel Foucault, uma entrevista: sexo, poder e política**. Verve, 2004.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade – a vontade de saber**, 1. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade 3: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal; 2009.

FOUCAULT, Michel. **A hermenêutica do sujeito**. Tradução de Márcio Alves da Fonseca e Salma Tannus Muchail. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2010.

FOUCAULT, Michel. **Uma estética da existência**. In: MOTTA, Manoel B. da (Org.). *Ética, sexualidade, política: Michel Foucault*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, Michel. **A ética do cuidado de si como prática da liberdade**. In: MOTTA, Manoel B. da (Org.). *Ética, sexualidade, política: Michel Foucault*. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FOUCAULT, Michel. **Michel Foucault: conceitos fundamentais**. Rio de Janeiro: Vozes, 2018.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2013.

FREITAS, Fábio; SOUZA, Francislê Neri de; COSTA, António Pedro; MENDES, Sónia. O Manual de Utilizador de um Software de Análise Qualitativa: as percepções dos utilizadores do webQDA. **RISTI**. v. 19, n. 09, 2016.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilities to HIV/AIDS in the Brazilian Context: gender, race and generation inequities. **Saúde Sociedade**. Dez, v.19, n. (Suppl 2), p. 9-20, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>. Acesso em: 10 mar. 2022.

GOMES, Liane Oliveira Souza. **Processo de trabalho no Programa de Saúde da Família: na ótica da Equipe de Saúde**. 2011. 200f. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia. Jequié-BA, 2011.

GOMES, Liane Oliveira Souza Gomes; SANTOS, Flavia Pedro dos Anjos; RODRIGUES, Vanda Palmarella; SANTOS, Maristela Nascimento; BOERY, Eduardo Nagib. Processo de trabalho do enfermeiro na Estratégia de Saúde da Família. **Revista Baiana de Saúde Pública**. v. 43, n. 1, 2019.

GOMES, Liane Oliveira Souza; ANDRADE, Cristina Setenta; SANTOS, André Souza; VILELA, Alba Benemérita Alves. A sexualidade segundo Michel Foucault. In: SANTOS, André Souza dos et al. **Filosofia e saúde na contemporaneidade**. 1 ed. 2022.

GONÇALVES, Camila dos Santos; WEBER, Beatriz; ROSO, Adriane Rubio. Compartilhamento do diagnóstico do HIV/AIDS: um estudo com mulheres. **Mudanças – Psicologia da Saúde**. v. 21, n. 2, p. 1-7, 2013. Disponível em: DOI: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-metodista/index.php/MUD/article/view/4145/3810>. Acesso em: 10 jul. 2020.

GUEDES, Haline Costa dos Santos; SILVA JÚNIOR, José Nildo de Barros; SILVA, Glaydes Nely Souza da; TRIGUEIRO, Débora Raquel Soares Guedes; BARRETO, Anne Jaqueline Roque. Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Revista Escola Anna Nery**. v. 25, n. 1, p. 1-8, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0386>. Acesso em: 10 jul. 2022.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo 2022**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 10 mar. 2023.

JAPIASSU, Hilton; MARCONDES, Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 3 ed rev e amp. Jorge Zahar: Rio de Janeiro; 2001.

JEQUIÉ. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde**, exercício 2006/2009. Jequié-BA. 2006.

LAWLOR, Leornard; NALE, Jonh. **The Cambridge Foucault lexicon**. New York: Cambridge University Press; 2014.

LÉON, Adriano Azevedo Gomes de. As Artes da Tirania: sexo, Foucault e Teoria Queer. **Revista de Ciências Humanas e Artes**. v. 16, n.1/2, jan./dez. 2010.

MADUREIRAI, Valéria Silvana Faganello; TRENTINI RENTINI, Mercedes. Relações de poder na vida conjugal e prevenção da AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v.61, n. 5, p. 637-42, set-out; 2008.

MARINHO, Marcia; GROISMAN, Sonia. Alma Ata: Reflections and future prospects in Family Health Strategy. **Revista Gaúcha Odontológica**. v. 68, n. e20200034, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-863720200003420190051>. Acesso em: 20 jul. 2022.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivya; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panam Salud Publica**. v. 42, n. 23, Out, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.151>. Acesso em: 20 jun. 2020.

MERHY, Emerson Elias. **Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde**. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 2014.

\_\_\_\_\_, Maria Cecília de Souza. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**. São Paulo (SP), v. 5, n. 7, p. 01-12, abril. 2017. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82>. Acesso em: 20 mar. 2022.

MIRANDA, Avani de Paes; BRITO, Niedja dos Santos; FREITAS, Milena Roberta Matias da Silva de. A saúde da mulher na colônia penal feminina de Abreu e Lima. **Revista Nursing**. v. 22, n. 259, p. 3374-3378, 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1087182>. Acesso em: 30 jun. 2022.

MONTEIRO, Simone; BRIGEIRO, Mauro. Experiências de acesso de mulheres trans/travestis aos serviços de saúde: avanços, limites e tensões. **Caderno Saúde Pública**. v. 35, n. 4. p. 1-12, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00111318>. Acesso em: 20 jun. 2023.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; LIMA, Daniele Moreira Castro; SILVA, Raimunda Magalhães. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas das mulheres com HIV / AIDS. Mudanças com a soropositividade. **Revista Cubana Enfermagem**. Cidade de Habana. v. 28, n. 1, p. 1-8, 2012.

MOREIRA, Paulina Alves; REIS, Tahoane da Silva; MENDES, Rosemar Barbosa; MENEZES, Andreia Freire de. HIV vulnerability among adolescents attending to public schools. **Revista de Pesquisa Cuidado é fundamental online**. v.11, n.4, p. 868-72, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.868-872>. Acesso em: 5 jun. 2020.

NASCIMENTO, Cristiane Silva; Pereira, Livia Carvalho; NERY, Inez Sampaio; RODRIGUES, Ivalda Silva; BEZERRA, Myrna Mayra; GOMES, Ivanilda Sepúlveda. Desejo de maternidade frente ao diagnóstico de síndrome da imunodeficiência adquirida. **Revista Baiana de Enfermagem**. Salvador. v. 27, n. 3, p. 239-48, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.18471/rbe.v27i3.8390>. Acesso em: 10 jun. 2020.

NICHIATA, Lucia Yasuto Isumi; BERTOLOZZI, Maria Rita; TAKAHASHI; Renata Ferreira; FRACOLLI, Lislane Aparecida. The use of the “vulnerability” concept in the nursing area. **Revista Latino América de Enfermagem**. v.16, n. 5, p. 129-35, 2008.

ONWUEGBUZIE, Anthony J.; LEECH, Nancy L. Sampling Designs in Qualitative Research: Making the Sampling Process More Public. **The Qualitative Report, Fort-Lauderdale**. v. 12, n. 2, p. 238-254; 2007.

PEREIRA, Carla Rocha; CRUZ, Marly Marques da; COTA, Vanda Lúcia. Sexualidade, sociabilidade, trabalho e prevenção do HIV entre populações vulneráveis na pandemia da Covid-19. **Saúde debate**. v. 46, n. spe 7, p. 62-74; 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E704>. Acesso em: 23 mar. 2023.

PERUCCHI, Juliana; RODRIGUES, Fernanda Deotti; JARDIM, Laíse Navarro; CALAIS, Lara Brum de. Psicologia e Sociedade. Políticas Públicas em HIV/AIDS: algumas reflexões. **Psicologia e Sociedade**. v. 23, n. spe, Florianópolis, 2011.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2017.

ROCHA, Andréa de Jesus Sá Costa; ALENCAR, Larissa Cristina Rodrigues; BRAGA, LORENA CARVALHO; GUIMARÃES, Thaíse Almeida. Políticas de Atenção à Saúde da Mulher: um breve histórico. UFMA: **VIII Jornada Internacional sobre Políticas Públicas**. 2017. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2017/pdfs/eixo7/politicadeatencaoasaudedamulherumbrvehistorico.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2020.

SANCA, Amiry Monteiro; MOTTA, Maria das Graças Corso; GIUGLIANI, CAMILA; ROCHA; Cristiane Maria Farner; RIQUINHO, Deise Lisboa. Cotidiano de pessoas que vivem com VIH em Bissau, Guiné Bissau: perspectivas, desafios e vulnerabilidades. **Escola Anna Nery**. v. 27, p. 1-10, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0507pt>. Acesso em: 23 mar. 2023.

SANT ANA, Anderson Luís. **As consequências da revolução sexual: uma reflexão sobre as transformações da vida íntima em tempos de modernidade líquida**. Juiz de Fora, Universidade Estadual de Juiz de Fora, 2016.

SANTANA, Maria Cristina Santos; PAIXÃO, Gilvânia Patrícia Nascimento da; SANTOS, Luciano Marques dos. Rede Cegonha e Rede de Atenção Materno e Infantil - RAMI: Um estudo reflexivo. **Ciências da Saúde: estudos e Pesquisas Avançadas**. v.1. Disponível em: <https://doi.org/10.56238/cienciasaudeestuepesv1-03>. Acesso em: 25 jul. 2023.

SANTANA, Tamiles Daiane Borges; SILVA, Geslaney Reis; NERY, Adriana Alves; MARTINS FILHO; Ismar Eduardo; VILELA, Alba Benemerita Alves. Avanços e desafios da concretização da Política Nacional da Saúde da Mulher: uma revisão de literatura. **Revista Atenção Saúde**. São Caetano do Sul. v. 17, n. 61, jul./set., p. 135-141, 2019. Disponível em: doi: 10.13037/ras.vol17n61.6012.

SANTOS, Naila Janilde Seabra; Tayra, Angela; SILVA, Sara Romera, BUCHALLA, Cassia Maria; LAURETTI; Ruy. A AIDS no Estado de São Paulo: As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 5, n. 3, p. 286-310, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1415-790X2002000300007>. Acesso em: 20 mar. 2019.

SANTOS, Naila Janilde Seabra; BARBOSA, Regina Maria; PINHO, ADRIANA A; VILLELA, Wilza V, AIDAR, Tirza; FILIPE, Elvira M. V. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.25, n. Sup 2, p. 321-333, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009001400014>. Acesso em: 24 mar. 2019.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids. **Saúde e Sociedade**. v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/sausoc/2016.v25n3/602-618>. Acesso em: 21 mar. 2019.

SANTOS, Carlos José Giudice dos. **A pesquisa exploratória**. Acadêmica.edu. 2016.

SANTOS, Manoel Antônio; OLIVEIRA, Wanderlei Abadio; OLIVEIRA-CARDOSO, Erika Arantes de. Inconfidências de abril: impacto do isolamento social na comunidade trans em tempos de pandemia de COVID-19. **Psicologia & Sociedade**. v. 32, n. e020018, 2020. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240339>. Acesso em: 05 mar. 2022.

SANTOS; Ivan Lira dos; CORDEIRO, Maria Rita Donalisio; MELO, Marcio Cristiano de. Uma década de mortalidade hospitalar de internações associadas ao HIV/AIDS segundo vulnerabilidade social em campinas: um estudo de coorte retrospectivo. **Braz J Infect Dis**. v.26, n. S1, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.102157>. Acesso em: 22 de jun. 2023.

SILVA JÚNIOR, Jarbas Barbosa. A Organização Pan-Americana da Saúde celebra 120 anos de promoção da saúde pública nas Américas. **Revista Panamérica Salud Publica**. v. 47, n. e119. 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.119>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SILVA, Carla Marins; OLIVEIRA, Vanessa Silva de; CLARO, Heloísa Garcia; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. Interação social de mulheres com exposição ao HIV/AIDS: um modelo representativo. **Revista Texto Contexto – Enfermagem**. v. 31, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0149>. Acesso em: 20 jul. 2023.

SOLANO, N. As Organizações não-governamentais e a Coordenação Nacional de DST/Aids. **Cadernos ABONG**. v. 28, p. 75-13, 2000.

SOUTO, Katia Maria Barreto. A Política de Atenção Integral à Saúde da mulher: uma análise de integralidade e gênero. **SER Social**. Brasília. v. 10, n. 2, p. 161-182, Jan/jun. 2008.

SOUTO, Souto; MOREIRA, Marcelo Rasga. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: protagonismo do movimento de mulheres. **Saúde Debate**; Rio de Janeiro. v. 45, n. 130, p. 832-846, Jul/set. 2021.

VAL, Luciane Ferreira do; NICHIATA; Lucia Yasuko Izumi. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Revista escola enfermagem USP**. v. 48 n. spe, Ago, 2014.

VERONESI, Ricardo; FOCACCIA, Roberto. **Tratado de Infectologia**. 5. ed. São Paulo: Atheneu, 2015.

ZILLI, Francielly; PERBONI, Jéssica Sirqueira; OLIVEIRA, Stefanie Griebelen. Michel Foucault y el cuidado de sí en el campo de la salud: una revisión integrativa. **Cultura de los cuidados**. n. 51, 2019.

UNAIDS. **The Joint United Nations Programme on HIV/ AIDS**. América Latina. In: Aids epidemic update December 2004. Genebra: UNAIDS/OMS, p 57-61, 2005.

UNAIDS. **Global AIDS Update**. [Internet]. Genebra: UNAIDS; 2016. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/global-AIDS-update-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-update-2016_en.pdf). Acesso em: 12 out. 2018.

UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS**: Relatório Global do UNAIDS. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. p. 16, 2023. Disponível em: [https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2023/07/JC3082\\_GAU2023ExecSumm\\_v2\\_embargoed\\_PT\\_VF\\_Revisada-EA.pdf](https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf). Acesso em: 20 jun. 2023.

UNAIDS. Ministério da Saúde. **Legislação Brasileira e o HIV**. Brasília: Ministério da Saúde. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Aids Epidemic Update**. 2009.

WORLD HEALTH ORGAZINATION (WHO). **OMS divulga novas orientações para melhorar testes e diagnóstico de infecções sexualmente transmissíveis**. 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news/item/24-07-2023-who-releases-new-guidance-to-improve-testing-and-diagnosis-of-sexually-transmitted-infections>. Acesso em: 30 jul. 2023.

WHITE, Richard. Foucault on the care of the self as an ethical project and a spiritual goal. **Hum Stud**. v. 37, n. 4, p. 489-504, 2014.

WRIGHT, John; WILLIAMS, Rhys; WILKINSON, John R. Development and importance of health needs assessment. **Br Med J**. v. 316, n. 7140, p. 1310-4, 1998. Disponível em: doi: 10.1136/bmj.316.7140.1310. Acesso em: 20 jun. 2020.

NO YOUTUVBE: FEUERWERKER, Laura CM. **Gestão e Produção do cuidado em redes de saúde**. [cited 2022 Nov 13]. Universidade de São Paulo. 2018. Disponível em: <https://youtu.be/TEqCt9SYIZY>. Acesso em: 20 mar. 2020.

## **APÊNDICES**



**APÊNDICE A: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE  
NÍVEL DOUTORADO  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, Conselho Nacional de Saúde

**PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS**

Prezado(a) Senhor(a), \_\_\_\_\_ eu Liane Oliveira Souza Gomes, estou realizando juntamente com a Doutora Cristina Setenta Andrade, a pesquisa intitulada: Produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS e venho convidar o(a) senhor(a) para participar da pesquisa, a qual tem como objetivos:

**Objetivo Geral:**

Analisar a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS em tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

**Objetivo(s) específico(s):**

Compreender a produção do cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE), no município de Jequié-BA;

Averiguar as tecnologias em saúde empregadas no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil;

Identificar as potencialidades e desafios no cuidado em mulheres vivendo com HIV/AIDS, no Serviço de Assistência Especializada (SAE), na região do Sudoeste do Estado da Bahia, Brasil.

**RISCOS:** conforme a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, a participante da pesquisa estará exposto(a) a riscos devido a sua participação nesta pesquisa. Entretanto, os dados serão manipulados pelas pesquisadoras com extremo sigilo garantindo o

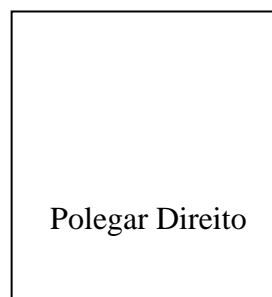
anonimato, não sendo disponibilizado para terceiros. Os dados serão manipulados apenas pelos pesquisadores responsáveis pela pesquisa, não serão identificados as participantes na pesquisa.

**BENEFICIÁRIO(A)S:** A participação nesta pesquisa poderá fornecer subsídios para que a equipe reflita sobre o cuidado proporcionado às mulheres vivendo com HIV.

### CONSENTIMENTO PARA PARTICIPAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar da pesquisa descrita acima. Fui devidamente esclarecida sobre os objetivos da pesquisa, devido a minha participação. Tenho o direito de desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que minha desistência implique em qualquer prejuízo a minha pessoa ou a minha família. A minha participação é voluntária, e não implicará em custos ou prejuízos adicionais, sejam esses custos ou prejuízos de caráter econômico, social, psicológico ou moral, sendo garantido o anonimato e o sigilo dos dados referentes à minha identificação. Caso o(a) participante aceite participar da pesquisa, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) será assinado em duas vias, ficando uma cópia com a pesquisadora e a outra com o(a) participante da pesquisa. Concedo autorização para que seja utilizado os resultados da pesquisa para publicação de artigos em revistas e outros meios de comunicação e divulgação em eventos técnicos-científicos nacionais e internacionais.

Assinatura: \_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_ Jequié, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Pesquisadora responsável

\_\_\_\_\_ Jequié, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021

Pesquisadora colaboradora

LIANE OLIVEIRA SOUZA GOMES

E-mail: [lianegomesmm@hotmail.com](mailto:lianegomesmm@hotmail.com)

Endereço: Rua Apolinário Peleteiro, 351, Campo do América/Jequié-BA – CEP: 45203-052.

CRISTINA SETENTA ANDRADE

TEL: (73) 3528-9623 (Departamento de Saúde) / 3528 – 9738 (Sala do Mestrado/Doutorado)

E-mail: [cristina70@uol.com.br](mailto:cristina70@uol.com.br)

Endereço: Av. José Moreira Sobrinho, S/N, Jequiezinho/Jequié-BA – CEP: 45206-190

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UESB – CEP/UESB**

**CEP: 45.206-510 E-mail: [cepuesb.jq@gmail.com](mailto:cepuesb.jq@gmail.com) ou [cepjq@uesb.edu.br](mailto:cepjq@uesb.edu.br)**



**APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**NÍVEL DOUTORADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**  
**GRUPO 01: MULHERES**

**TÍTULO DA PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS**

Data da Entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

**1. Dados sócio demográficos**

- Idade: \_\_\_\_\_
- Cor \_\_\_\_\_
- Escolaridade: \_\_\_\_\_
- Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Religião: \_\_\_\_\_
- Renda Familiar: \_\_\_\_\_
- Orientação sexual: \_\_\_\_\_
- Número de Filhos: \_\_\_\_\_
- Idade da primeira relação sexual? \_\_\_\_\_

- Via de transmissão sexual? \_\_\_\_\_
- Idade do diagnóstico? \_\_\_\_\_
- Número de parcerias sexuais? \_\_\_\_\_

## **2. Questões norteadoras**

- 2.1 Como você descreve o cuidado prestado pelos/as profissionais de saúde que atendem você no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?
- 2.2 Quais as tecnologias em saúde são empregadas as mulheres com HIV/AIDS durante o seu tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?
- 2.3 Como você descreve os serviços de saúde, este atende as suas condições de saúde (as consultas, exames, medicamentos e estrutura física).



**APÊNDICE C: ROTEIRO DE ENTREVISTA**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**NÍVEL DOUTORADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**  
**GRUPO 02: EQUIPE DE SAÚDE**

**TÍTULO DA PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS**

Data da Entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

**1. Dados sócio demográficos**

- Idade: \_\_\_\_\_
- Qualificação/Capacitação/Treinamento: \_\_\_\_\_
- Orientação sexual: \_\_\_\_\_
- Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_
- Escolaridade: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Religião: \_\_\_\_\_
- Renda Familiar: \_\_\_\_\_

**2. Questões norteadoras**

2.1 Como você descreve o cuidado realizado às mulheres que você atende no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?

- 2.2 Quais os tipos de vulnerabilidades da mulher portadora do HIV/AIDS identificado durante o cuidado?
- 2.3 Quais as tecnologias em saúde são empregadas no cuidado a mulheres com HIV/AIDS durante o seu tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?
- 2.4 Quais as potencialidades e desafios vivenciadas pelas mulheres no cuidado durante o tratamento no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?



**APÊNDICE D: ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**  
**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO SUDOESTE DA BAHIA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE**  
**NÍVEL DOUTORADO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ENFERMAGEM E SAÚDE**

**ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO**

**TÍTULO DA PESQUISA: PRODUÇÃO DO CUIDADO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS**

Data da Entrevista: \_\_/\_\_/\_\_

Local da entrevista: \_\_\_\_\_

**1. Dados sócio demográficos**


- Idade: \_\_\_\_\_
- Cor: \_\_\_\_\_
- Profissão/ocupação: \_\_\_\_\_
- Estado Civil: \_\_\_\_\_
- Religião: \_\_\_\_\_
- Renda Familiar: \_\_\_\_\_

1. Estrutura física, dinâmica do CATE, fluxograma da assistência (diagnóstico, encaminhamento / referência).
2. Cuidado realizado às mulheres em tratamento com HIV/AIDS pelos profissionais de saúde que atendem no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?

3. Tecnologias em saúde (leves, leve-duras e duras) empregadas durante o cuidado no tratamento a mulheres com HIV/AIDS no Serviço de Assistência Especializada (SAE)?

## **ANEXO**

## ANEXOS A - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DOS DADOS

 **ESTADO DA BAHIA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE JEQUIÉ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**CENTRO DE ASSISTÊNCIA E TRATAMENTO ESPECIALIZADO**

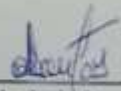
---

**AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS**  
(Modelo aprovado em reunião plenária do Comitê de Ética em Pesquisa da UFESB em 14/02/2020)

Eu, Welf Andrade de Souza Santos, ocupante do cargo de coordenador do(a) Centro de Assistência e Tratamento Especializado, AUTORIZO a coleta de dados do projeto de pesquisa intitulado Produção de cuidados de mulheres vivendo com HIV/Aids, dos pesquisadores Liane Oliveira Souza Gomes e Cristina Setenta após a aprovação do referido projeto pelo CEP/UESB.

Em tempo, asseguro dispormos da infraestrutura e dos recursos necessários para viabilizar a execução do procedimento, conforme explicitado no projeto, em atendimento à alínea "h" do ponto 3.3, e do item 17 do ponto 3.4.1, ambos do título 3 da Norma Operacional CNS nº 001/2013.

Jequié, 11 de dezembro de 2020

  
\_\_\_\_\_  
Welf Andrade de Souza Santos

**D<sup>r</sup>. Welf A. Santos**  
Enfermeiro  
COREN - 68.586  
11 659 378 935-20