

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS MÉDICAS
MESTRADO PROFISISONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA – PROFSAÚDE**

RAISSA BASTOS OLIVEIRA

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE
GESTANTES E PUÉRPERAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

João Pessoa - PB

2024

RAISSA BASTOS OLIVEIRA

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE
GESTANTES E PUÉRPERAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Trabalho de conclusão de mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família (PROFSAÚDE), como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Linha de pesquisa: Atenção Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa

João Pessoa - PB

2024

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

O48a Oliveira, Raissa Bastos.

A atenção primária em saúde no itinerário terapêutico de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS / Raissa Bastos Oliveira. - João Pessoa, 2024.
90 f. : il.

Orientação: Eduardo Sérgio Soares Sousa.
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCM.

1. Atenção primária em saúde - Mulheres grávidas. 2. Saúde da mulher - Assistência integral. 3. Itinerário terapêutico. 4. Gestantes e puérperas - HIV/AIDS. I. Sousa, Eduardo Sérgio Soares. II. Título.

UFPB/BC

CDU 614-055.26(043)

RAISSA BASTOS OLIVEIRA

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE
GESTANTES E PUÉRPERAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

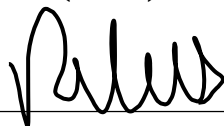
Aprovada em 25 de novembro de 2024

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente
EDUARDO SERGIO SOARES SOUSA
Data: 13/01/2025 13:33:30-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Eduardo Sérgio Soares Sousa
Presidente da Banca (Orientador)
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências
Médicas (CCM), PROFSAÚDE/UFPB

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Eduardo", written over a horizontal line.

Profa. Dra. Rilva Lopes de Sousa Muñoz
Avaliadora Interna
Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família – Centro de Ciências
Médicas (CCM), PROFSAÚDE/UFPB



Documento assinado digitalmente
ANUBES PEREIRA DE CASTRO
Data: 13/12/2024 20:22:00-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Anúbes Pereira de Castro
Avaliadora Externa
Unidade Acadêmica de Enfermagem (UAENF) - Universidade Federal de Campina
Grande /UFCG

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, pela minha vida, minha saúde e todas as bênçãos que me concede diariamente, mesmo sem que eu mereça. Agradeço por todas as oportunidades a mim oferecidas, dando-me serenidade para ultrapassar os obstáculos enfrentados no curso.

A meu paizinho (*in memoriam*), Petrônio Borges, que desde quando eu era criança foi o grande incentivador dos meus estudos, me orientando que eu não precisaria ser a melhor, mas que era importante eu estar entre “os melhores” para sempre querer me aprimorar mais e nunca me acomodar. A minha mãe, Oceanira Maria Bastos, que me ensinou que na guerra da vida existem várias batalhas e nunca devemos desistir de lutar até o final. Foi com este ensinamento que persisti e, após algumas tentativas para entrar no PROFSAÚDE, consegui. A vocês, todo o meu amor, minha admiração e gratidão, por cada fase, cada superação. Com vocês aprendi tudo o que verdadeiramente importa.

Ao grande amor da minha vida, Eduardo, que ainda namorado vibrou bastante com o resultado da minha aprovação do mestrado e ao longo destes dois anos foi me encorajando e me dando forças para não desistir. Agradeço pela enorme paciência, ajuda incansável, pelas orações nas horas de angústia, pela compreensão e pelo amor. Tudo fez mais sentido porque você estava aqui.

Aos meus irmãos Petronio Júnior, Clarissa e Lais, a minha cunhada e meus cunhados e sobrinhos e sobrinhas pelo incentivo constante e por sempre se fazerem presentes em todos os momentos da minha vida mesmo morando distante.

A minha filha Helena, minha bênção enviada por Deus, por me presentear todos os dias com seu sorriso e amor verdadeiro, dando-me forças para continuar sempre. Pela sua compreensão nos meus momentos de ausência no seu dia a dia. Por ela, me reinvento a cada instante para me tornar uma pessoa melhor.

Ao meu orientador, Professor Doutor Eduardo Sérgio Soares Sousa, pelas valiosas contribuições dadas durante todo o processo. Aos demais professores do Mestrado, agradeço pelos ensinamentos compartilhados.

Agradeço, ainda, às professoras Doutoradas Rilva Lopes de Sousa Muñoz, Maria de Fátima Fernandes Martins Catão e Anúbes Pereira de Castro, que compuseram minhas bancas de qualificação e defesa e deram enormes contribuições para este trabalho.

Aos colegas de turma, que compartilharam dos momentos de desafios enfrentados. Obrigada pelos momentos de troca e aprendizado.

Expresso aqui minha eterna gratidão às pacientes que confiaram em mim e no meu trabalho e compartilharam comigo suas dores, tristezas, traumas, sonhos, felicidades e conquistas. Sem vocês nada seria possível!!

Agradeço aos tantos, que direta ou indiretamente contribuíram no desenvolvimento desse projeto.

Finalizar este mestrado é mais que uma conquista, é uma grande superação! Termino este trabalho com a certeza de uma transformação como pessoa e, principalmente, como uma profissional mais atenta às dores e às necessidades das pessoas.

A Deus toda honra e toda glória!

Filipenses 4:13 “Tudo posso naquele que me fortalece.”

RESUMO

Introdução: diante de uma doença crônica, sem a cura estabelecida, como a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV), que afeta milhares de pessoas, entre elas mulheres na faixa etária reprodutiva, compreender os itinerários terapêuticos (IT) das gestantes e puérperas é essencial para a integralidade da atenção à saúde. **Objetivo:** o objetivo geral desta dissertação foi compreender o IT de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS e são acompanhadas nas unidades básicas de saúde (UBS) da região metropolitana de João Pessoa–PB. **Métodos:** a pesquisa ocorreu em duas etapas, uma teórica e outra empírica. A primeira etapa foi a teórica, que permaneceu durante a etapa empírica, haja vista o escopo em construir a base teórica do estudo e conceder maturidade epistêmica para a interpretação e análise dos dados empíricos. Além da revisão bibliográfica constante no capítulo introdutório, um estudo cientométrico foi realizado com o objetivo de compreender o estado do conhecimento científico sobre a relação entre a atenção primária à saúde (APS) e gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS. O *software* de análise bibliométrica VOSviewer® processou os metadados extraídos de 279 artigos publicados de 1987 a 2024 e registrados na base de dados *Scopus*. O estudo primário, de campo e com abordagem qualitativa, investigou dez mulheres, sendo oito gestantes e duas puérperas, selecionadas pela amostragem *snowball*. Os dados foram coletados no período de setembro de 2023 a março de 2024, por meio de anotações em diário de campo, questionário e entrevistas, segundo um roteiro semiestruturado. As entrevistas gravadas e transcritas foram processadas no programa de análise lexical IRaMuTQ® e, após a interpretação autoral em confluência com o referencial teórico do estudo, os resultados foram apresentados e discutidos em categorias temáticas. A investigação foi aprovada pelo Comitê de Ética mediante o parecer n.º 6.302.421. **Resultados:** O estudo cientométrico evidenciou que o interesse pelo papel da APS no cuidado das gestantes e puérperas com HIV/AIDS é mundial e interdisciplinar, porém mais expressivo na Medicina (n=256). Os Estados Unidos são os mais produtivos (n=118) e mais citados (n=5.441). O Brasil, com 16 estudos, alcançou 150 citações. As publicações investigadas refletiram principalmente sobre a gestação durante a adolescência, a adesão à terapia antirretroviral, o rastreamento do HIV/AIDS, a amamentação e o risco de transmissão vertical, o pré-natal e a correlação entre HIV e sífilis. As participantes da pesquisa empírica estavam na faixa etária dos 20 aos 39 anos, a maioria declarada parda (n=6) e com nível socioeconômico e escolar rudimentar. Seis mulheres sequer concluíram o ensino fundamental e somente uma tinha diploma universitário. Seis delas dependiam de programas governamentais assistenciais. Dos seus testemunhos orais, cinco categorias emergiram: “perspectivas familiares”, “religiosidade”, “relacionamento afetivo sexual”, “diagnóstico” e “especificidades do itinerário terapêutico”. **Conclusões:** gestantes e puérperas diagnosticadas com HIV/AIDS podem experimentar diversas formas de violência atentatórias contra a sua dignidade humana, sofrendo, inclusive, restrições no seio familiar. No centro de suas preocupações está o bem-estar dos seus filhos, e um dos seus medos é a possibilidade de transmissão vertical. Os levantamentos teóricos corroboram os achados do estudo empírico, elucidando que, no IT das gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS, vários determinantes sociais se entrecruzam e podem dificultar, ou mesmo fragmentar, a busca pelo cuidado em saúde. Nesse contexto, cabe aos profissionais de saúde se capacitarem para a integralidade da atenção, percebendo a mulher como um ser biopsicossocial. **Palavras-chave:** assistência integral à saúde da mulher; atenção primária em saúde; HIV; itinerário terapêutico.

ABSTRACT

Introduction: In the face of a chronic disease with no established cure, such as human immunodeficiency virus (HIV) infection, which affects thousands of people, including women in the reproductive age group, understanding the therapeutic itineraries (TI) of pregnant and postpartum women is essential for comprehensive health care. **Objective:** The general objective of this dissertation was to understand the TI of pregnant and postpartum women living with HIV/AIDS who are followed up at basic health units (UBS) in the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba. **Methods:** The research occurred in two stages, one theoretical and one empirical. The first was theoretical, and it remained throughout the empirical stage, given the scope of building the theoretical basis of the study and granting epistemic maturity for the interpretation and analysis of empirical data. In addition to the bibliographic review included in the introductory chapter, a scientometric study was carried out to understand the state of scientific knowledge on the relationship between primary health care (PHC) and pregnant and postpartum women living with HIV/AIDS. The bibliometric analysis software VOSviewer® processed the metadata extracted from 279 articles published from 1987 to 2024 and registered it in the Scopus database. The primary study, a field study with a qualitative approach, investigated ten women, eight pregnant women and two postpartum women selected by snowball sampling. Data were collected from September 2023 to March 2024 through notes in a field diary, a questionnaire, and interviews according to a semi-structured script. The recorded and transcribed interviews were processed in the lexical analysis program IRaMuTQ® and, after the author's interpretation in confluence with the theoretical framework of the study, the results were presented and discussed in thematic categories. The research was approved by the Ethics Committee under opinion no. 6,302,421. **Results:** The scientometric study showed that interest in the role of PHC in the care of pregnant and postpartum women with HIV/AIDS is global and interdisciplinary, but more expressive in medicine (n=256). The United States is the most productive (n=118) and most cited (n=5,441). Brazil, with 16 studies, reached 150 citations. The publications investigated reflected mainly on pregnancy during adolescence, adherence to antiretroviral therapy, HIV/AIDS screening, breastfeeding, the risk of vertical transmission, prenatal care and the correlation between HIV and syphilis. The participants in the empirical research were between 20 and 39 years old, the majority declared themselves brown (n=6) and had rudimentary socioeconomic and educational levels. Six women had not even completed elementary school, and only one had a college degree. Six of them depended on government assistance programs. Five categories emerged from their oral testimonies: "family perspectives," "religiosity," "sexual and emotional relationships," "diagnosis," and "specificities of the therapeutic itinerary." **Conclusions:** Pregnant and postpartum women diagnosed with HIV/AIDS may experience various forms of violence that undermine their human dignity, including restrictions within the family. Their main concerns are the well-being of their children, and one of their fears is the possibility of vertical transmission. The theoretical surveys corroborate the findings of the empirical study, elucidating that, in the IT of pregnant and postpartum women living with HIV/AIDS, several social determinants intersect and can hinder, or even fragment, the search for health care. In this context, it is up to health professionals to train themselves to provide comprehensive care, perceiving women as biopsychosocial beings.

Keywords: comprehensive health care for women; primary health care; HIV; therapeutic itinerary.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
BDTD	Biblioteca Digital de Teses e Dissertações
BPC-LOAS	Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social
CAAE	Certificado de Apresentação e Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCM	Centro de Ciências Médicas
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	Classificação hierárquica descendente
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DATASUS	Departamento de Informática do Ministério da Saúde
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUWL	Hospital Universitário Lauro Wanderley
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IRaMuTeQ	<i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IST	infecções sexuais transmissíveis
IT	Itinerário Terapêutico
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
MVHA	Mulheres vivendo com HIV/AIDS
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
ONU	Organizações das Nações Unidas
PAM	Rede de Atenção à Saúde
Prof. Dr.	Professor doutor

Prof. ^a Dr. ^a	Professora doutora
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/AIDS
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SciELO	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
SE	Secretaria Executiva
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
ST	Segmento de Texto
SUS	Sistema Único de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVSA	Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente
TARV	Tratamento anti-retroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFCG	Universidade Federal de Campina Grande
UAENF	Unidade Acadêmica de Enfermagem
UNAIDS	<i>United Nations Programme on HIV and AIDS</i>
WoS	<i>Web of Science</i>

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	12
1.1 Introdução	12
1.2 Justificativa	15
1.3 Objetivos	16
1.3.1 Objetivo geral	16
1.3.2 Objetivos específicos	16
1.4 Organização do texto	16
1.5 Revisão de literatura	17
1.5.1 A feminização do HIV/AIDS no Brasil	17
1.5.2 O HIV/AIDS nas gestantes, parturientes e puérperas	18
1.5.3 A interseccionalidade e a vulnerabilidade das mulheres ao HIV	21
1.5.4 Apontamentos acerca do itinerário terapêutico das mulheres que vivem com HIV/AIDS no Brasil	24
1.5.5 O cuidado à saúde das gestantes com HIV/AIDS e a atenção primária à saúde	26
1.6 Metodologia	29
1.6.1 Tipologia do estudo	29
1.6.2 Período e local de estudo	30
1.6.3 População, amostra e critérios de inclusão	30
1.6.4 A história oral como metodologia de pesquisa e como instrumento para a coleta de dados	30
1.6.5 Tratamento e análise dos dados	32
1.6.6 Considerações éticas e legais	32
CAPÍTULO 2	33
CAPÍTULO 3	52
CAPÍTULO 4	77
REFERÊNCIAS	80
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	85
APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES CONVIVENDO COM HIV/AIDS	88

APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA DE DADOS	89
ANEXO A – Comprovante de Submissão ao periódico <i>Boletim de Conjuntura (BOCA)</i> do artigo “Atenção Primária à Saúde HIV/AIDS: um estudo cientométrico sobre o cuidado integral e prevenção em gestantes e puérperas”	90
ANEXO B - Comprovante de publicação. Periódico <i>Contribuciones a las Ciencias Sociales</i> do Artigo “Tecendo caminhos de cuidado: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS”	91

CAPÍTULO 1

1.1 Introdução

Com o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), no início da década de 1980, e sua rápida disseminação para o mundo, configurando-se em uma epidemia, instaurou-se uma coalizão global para entender o problema e tratá-lo. Fernandes e Bruns (2021) analisaram as respostas científicas advindas de diferentes campos do conhecimento, principalmente da saúde, na primeira década da doença, quando a ênfase esteve na descoberta do agente etiológico, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Os autores também apontaram que, na segunda década da epidemia, o foco restou nos avanços terapêuticos, que evoluíram dos antivirais individuais para a terapia combinada. Greco (2008) é específico na resposta dos cientistas a tal agravo: em 1981, antes mesmo de o HIV ser identificado, já asseveravam ser de cunho infeccioso e sexualmente transmissível; em 1983, isolaram o HIV; em 1984, estabeleceram a relação HIV/AIDS; em 1985, disponibilizaram testes sorológicos e, rapidamente, os incluíram na triagem das hemotransfusões; em 1987, ainda que efêmero, demonstraram o benefício da terapia com zidovudina; em 1996, validaram o benefício da associação de antirretrovirais, produzindo, portanto, mudanças significativas na qualidade e na expectativa de vida daqueles que viviam com HIV/AIDS.

O enfrentamento da pandemia de HIV/AIDS foi bastante disforme nos diferentes países, em que os mais pauperizados foram/são os mais impactados. Dados alusivos a 2022, informados pelo *United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS), que é programa conjunto das Organizações das Nações Unidas (ONU), coordenador da resposta global ao HIV/AIDS, documentam que, na Europa Oriental, Ásia Central, Oriente Médio e Norte da África, persistem lacunas significativas na prevenção e tratamento, portanto a epidemia continua avançando nessas localidades (UNAIDS, 2023a).

O painel estatístico do UNAIDS, em 2022, informou que havia no mundo cerca de 39 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS, das quais 53% eram mulheres e meninas. No Brasil, de 1980 até junho de 2022, foram diagnosticados 1.088.536 casos de AIDS, com a dianteira ocupada pelo Estado de São Paulo (n=310.099), seguido do Rio de Janeiro (n=141.368) e do Rio Grande do Sul (n=105.607). Especificamente, a Paraíba, no cenário nacional, localizava-se na 18ª posição, com 10.918 casos diagnosticados até junho de 2022 (UNAIDS, 2023b).

De 2000 até junho de 2022, as notificações em gestantes, parturientes ou puérperas em decorrência do HIV somaram 149.591. O primeiro lugar foi da região Sudeste (37.1%), o

segundo da região Sul (29,1%), o terceiro da região Nordeste (18,9%), o quarto da região Norte (9,1%) e, por último, o quinto da região Centro-Oeste (5,8%). Das 8.323 gestantes diagnosticadas com o HIV, 31,9% eram do Sudeste, 24,7% do Nordeste, 24,4% do Sul, 12,9% do Norte e 6,1% do Centro-Oeste. Na Paraíba, em 2022, foram notificadas 67 gestantes e, de 2011 até junho de 2022, as detecções acumuladas contabilizaram 1.679 (Brasil, 2022).

Desde as décadas iniciais da epidemia, apesar de o Brasil possuir grandes desigualdades sociais, o país projetou-se como modelo no tratamento anti-retroviral (TARV). Como prova disso, assim que foi constada a eficácia da terapia combinada, o Congresso Nacional promulgou a Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispôs sobre a gratuidade na distribuição de medicamentos para as pessoas com HIV/AIDS (Brasil, 1996).

Inobstante a importância do tratamento efetivo e da persistência científica pela cura, o HIV/AIDS envolve diferentes campos, incluindo o social, o cultural e o das políticas de saúde pública (Fernandes; Bruns, 2021), haja visto que a busca pelo tratamento, adesão à terapia e o nível de utilização dos serviços de saúde pela pessoa que vive com o HIV/AIDS são influenciados pelos padrões socioculturais e pela qualidade dos serviços de saúde, em especial pela atitude profissional (Alves, 2016).

Todavia, muitos profissionais de saúde pautam suas ações pelo biologicismo, que é uma das principais causas de exclusão dos fatores históricos, sociais e culturais quando se atua sobre o processo saúde-doença. Dessa maneira, a pessoa que convive com HIV/AIDS, na grande maioria das vezes, equivocadamente, é vista como um conjunto de exames, carga viral e taxas de linfócitos T CD4 e CD8, perdendo a sua referência enquanto sujeito cultural, cidadão e agente de transformações sócio-históricas. O próprio sistema de saúde brasileiro reduz a condição do enfermo ao nível biológico individual, caracterizado por uma dependência a um modelo assistencial individualista, com dimensões medicalizadora, hospitalocêntrica e curativista da doença. Nesse caso, desconsideram-se as dimensões subjetivas, política, histórica, cultural e social da pessoa humana (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019; Rodrigues; Maksud, 2017).

A concepção de que a saúde é ausência de doença remonta, epistemologicamente, a uma teoria empiricista, na qual prevalece a ideia de que se retificando a doença tem-se automaticamente a saúde. No entanto, atualmente, esse entendimento negativo de saúde tem dado lugar a uma concepção positiva, em que se abordam outros aspectos do processo saúde-doença, havendo a incorporação de expressões diversas do que é saúde. Essa postura, pode subsidiar os serviços de saúde no planejamento, elaboração e organização de práticas cuidadoras compreensivas e contextualmente integradas (Demétrio; Santana; Pereira-Santos,

2019). Justamente nessa maneira de atuação, valorativa dos sujeitos sociais em suas múltiplas imbricações, é que os itinerários terapêuticos (IT), enquanto caminhos percorridos pelas pessoas em busca de atenção à saúde (Cabral *et al.*, 2011), revestem-se de importância, principalmente porque as melhores condições de saúde vinculam-se ao agir profissional e aos demais meios mobilizados por aqueles que padecem de algum problema de saúde.

Ampliar a percepção para além dos aspectos meramente biológicos é essencial, porquanto o HIV/AIDS é inerente à realidade social e cultural das pessoas. Além disso, essa visão favorece ações profissionais articuladas e factíveis, que apresentam melhores resultados (Maranhão; Pereira, 2018). É necessário, pois, romper com o modelo hegemônico a fim integrar práticas em saúde que abordem vivências socioculturais, autonomia e valores subjetivos dos sujeitos (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019; Rodrigues; Maksud, 2017).

Considera-se a pesquisa relevante para se estabelecer uma relação de cuidado além da doença, levando-se em conta fatores culturais, econômicos e sociais, a partir do princípio de que tais aspectos influenciam diretamente no modo de ser, viver e enfrentar as adversidades.

Vale ressaltar que pesquisas sobre o itinerário terapêutico, em sua maioria, consideram a doença como disparador para a busca de tratamentos, sobretudo as doenças crônicas, que demandam um longo período de acompanhamento. Tais estudos buscam delinear a diversidade de sistemas de cura e significações e priorizam a experiência do sujeito adoecido sob a perspectiva das questões culturais, sociais, de gênero e religiosas. Outrossim, confere atenção à qualidade de atendimento e à organização dos serviços de saúde (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019; Rodrigues; Maksud, 2017). Desse modo, é necessário que os profissionais de saúde estejam capacitados e dispostos a ouvir, perceber e valorizar as diferenças culturais destes indivíduos convivendo com HIV/AIDS, para que se alcance uma relação de cumplicidade, sem que o conhecimento de um seja anulado pelo do outro, sendo, ao contrário, complementares.

É desse contexto que emerge o interesse pelo desenvolvimento deste estudo, por ser a pesquisadora médica ginecologista obstetra que há oito anos se dedica à saúde das mulheres que convivem com o HIV/AIDS. Além do acompanhamento pré-natal, assiste às mulheres em outras fases da sua vida reprodutiva, perimenopausa e menopausa. Nessas ocasiões lhes são compartilhados sentimentos de angústias, frustrações, medo, revolta e arrependimento pelas mulheres, assim como alegrias, sonhos e conquistas.

Diante dessa conjuntura, elaborou-se a seguinte questão principal: como se caracteriza o IT das mulheres que convivem com HIV/AIDS no que concerne ao cuidado prestado pela APS? Para responder a essa indagação, outras inquietações se manifestaram: 1) o que é produzido científica e internacionalmente a respeito do cuidado prestado na APS às grávidas e

puérperas que vivem com HIV/AIDS? Que significados as mulheres que convivem com HIV/AIDS atribuem às respectivas condições sorológicas e ao acompanhamento terapêutico que recebem? Que recomendações se manifestam para os profissionais de saúde que assistem às mulheres que convivem com HIV/AIDS e são atendidas na APS?

A hipótese desta pesquisa é que o IT das gestantes e puérperas, desde a Atenção Primária à Saúde (APS) até os serviços especializados, ainda é pouco conhecido. As narrativas dessas mulheres, em confluência com seus perfis sociodemográficos e a análise da literatura científica atual podem revelar tanto as potencialidades quanto as fragilidades do sistema de saúde brasileiro, oferecendo pistas para a melhorias da assistência a esse grupo.

1.2 Justificativa

Os estudos brasileiros sobre o IT de gestantes e puérperas com HIV/AIDS ainda são escassos. Levantamento realizado em agosto de 2023 nas bases *Web of Science* (WoS), *Scopus*, PubMed, Embase, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), mediante os descritores e os operadores “AND” e “OR” (“Therapeutic Itinerary” AND Women AND HIV OR AIDS) e suas adequações, conforme as especificidades das ferramentas de busca de cada base e referentes aos últimos dez anos, mostrou que nenhum era específico para gestantes e puérperas brasileiras com HIV/AIDS.

Outra busca realizada na Biblioteca Digital de Teses e Dissertação (BDTD) em 06 setembro de 2024 com os termos “itinerário terapêutico” AND “HIV” AND “mulher”, também não retornou registros específicos. Esses mesmos critérios aplicados ao Catálogo de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) retornaram com somente uma dissertação. Baptista (2022), ao analisar os IT de jovens vivendo com HIV/AIDS no estado do Rio de Janeiro, identificou três mulheres que receberam o diagnóstico durante o pré-natal e suas trajetórias em busca de cuidados enquanto gestantes e puérperas foram debatidas no trabalho em questão, corroborando a relevância de se compreender a influência dos marcadores sociais e da subjetividade das mulheres em interação com as práticas de cuidados na rede de atenção à saúde.

Sobre as lacunas no conhecimento sistematizado acerca do IT de gestantes e puérperas com HIV/AIDS, uma revisão sistemática com meta-síntese sobre o IT no Brasil, que identificou inicialmente 221 artigos e incluiu 50 estudos, não localizou estudos sobre gestantes e puérperas com HIV/AIDS (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019).

Entender o IT das gestantes e puérperas com HIV/AIDS pode contribuir para identificar as fragilidades do sistema de saúde e melhorar o atendimento não apenas sob a perspectiva da mulher e da criança, mas também de suas famílias e comunidade.

Assim, este estudo justifica-se em razão da necessidade de um constante empenho dos serviços de saúde e, em especial, da APS como porta de entrada do sistema de saúde para o controle e prevenção do HIV/AIDS e para contribuir com o preenchimento das lacunas epistêmicas sobre o IT das gestantes e puérperas com HIV/AIDS, principalmente diante das especificidades dos territórios nordestinos que, a propósito, são comuns a outras realidades brasileiras.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Compreender o IT de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS e são acompanhadas nas unidades básicas de saúde (UBS) da região metropolitana de João Pessoa-PB.

1.3.2 Objetivos específicos

- ✓ Apreender o estado do conhecimento científico sobre a relação entre a APS e as gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS por meio de um estudo cientométrico a partir de artigos indexados na base de dados *Scopus* no período de 1987 a 2024.
- ✓ Analisar os significados atribuídos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS quanto ao estado sorológico e ao cuidado recebido nos serviços de saúde.
- ✓ Identificar as possíveis potencialidades e fragilidades no processo de busca e acesso ao cuidado à saúde das mulheres com diagnóstico de HIV, formulando recomendações para os profissionais da saúde.

1.4 Organização do texto

O estudo se estrutura em quatro capítulos. Este **capítulo 1** contém a introdução, onde se contextualiza o objeto de pesquisa, explicita-se o interesse investigativo, as perguntas condutoras, os objetivos e as justificativas do estudo e a maneira como o texto está organizado. Além disso, contém o referencial teórico que focaliza na feminização do HIV/AIDS no Brasil,

no acometimento de gestantes, parturientes e puérperas, na interseccionalidade do HIV/AIDS com as múltiplas vulnerabilidades possivelmente intervenientes no IT e no cuidado à saúde na APS. Também faz parte do capítulo 1, a metodologia, na qual detalham-se a tipologia, o período, o local da pesquisa, a população, a amostra e os critérios de inclusão e de exclusão. Justifica-se a opção pela história oral, apresentam-se os instrumentos de coleta de dados, bem como a maneira com que foram tratados e analisados. Ademais, tecem-se as considerações éticas à luz da regulamentação vigente.

No **capítulo 2**, consta o produto 1: artigo original “**Atenção Primária à Saúde HIV/AIDS**: um estudo cientométrico sobre o cuidado integral e prevenção em gestantes e puérperas”, submetido à *Revista Boletim de Conjuntura (BOCA)*, ISSN 2675-1488, Qualis Periódicos quadriênio 2017-2020 classificação A1 na área saúde coletiva.¹

No **capítulo 3**, consta o produto 2: artigo original “**Tecendo caminhos de cuidado**: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS” publicado pela *Revista Contribuciones a Las Ciencias Sociales*, ISSN 1988-7833, Qualis Periódicos quadriênio 2017-2020 classificação A4 na área saúde coletiva (Oliveira *et al.*, 2024) ².

No quarto capítulo 4, **estão as considerações finais**, as quais retornam às perguntas geradoras para respondê-las. Sintetizam-se os principais resultados e as discussões mais relevantes, salientando como o estudo colabora para ampliar o conhecimento sobre o IT das mulheres que convivem com HIV/AIDS atendidas na APS e para qualificar o exercício profissional ante essas usuárias da rede de atenção. As possíveis limitações da pesquisa são apresentadas, bem como sugestões para estudos futuros.

1.5 Revisão de literatura

1.5.1 A feminização do HIV/AIDS no Brasil

De 1981 a 1984, quando os primeiros casos de HIV/AIDS foram identificados, os meios de comunicação em massa se encarregaram de difundir o problema de uma forma preconceituosa e moralista como o “câncer gay”, a “praga gay” ou a “doença dos homossexuais”, relacionada ao sexo e às drogas (Galvão, 2000). Contudo, a verdade é que esse problema de Saúde Pública, na complexidade de sua evolução, no Brasil e no mundo, transmutou seus contornos epidemiológicos.

¹ O comprovante de submissão está nos anexos.

² Comprovante de publicação em anexo.

O equívoco de que a epidemia tornaria susceptíveis grupos de risco, como homossexuais e profissionais do sexo, deu vazão à feminização do HIV/AIDS em decorrência da contaminação nas relações heterossexuais (Campany; Amaral; Santos, 2021). Em 1983, a razão entre o número e a taxa de detecção por 100 mil habitantes era 41,0 (41 homens/mulher). A razão do ano de 1984 foi de 12,5 (125 homens/10 mulheres), e de 1985 foi de 21,3 (510 homens/24 mulheres). Entretanto, já na segunda metade da década de 1980, os números de casos em homens e mulheres se aproximaram. A partir de 1990, as razões entre os casos de HIV/AIDS em homens e em mulheres alcançaram 1,5 a 2,0. Em 2022, a razão foi de 2,5, com 26.123 novos casos notificados em homens e 10.623 em mulheres (Brasil, 2023a).

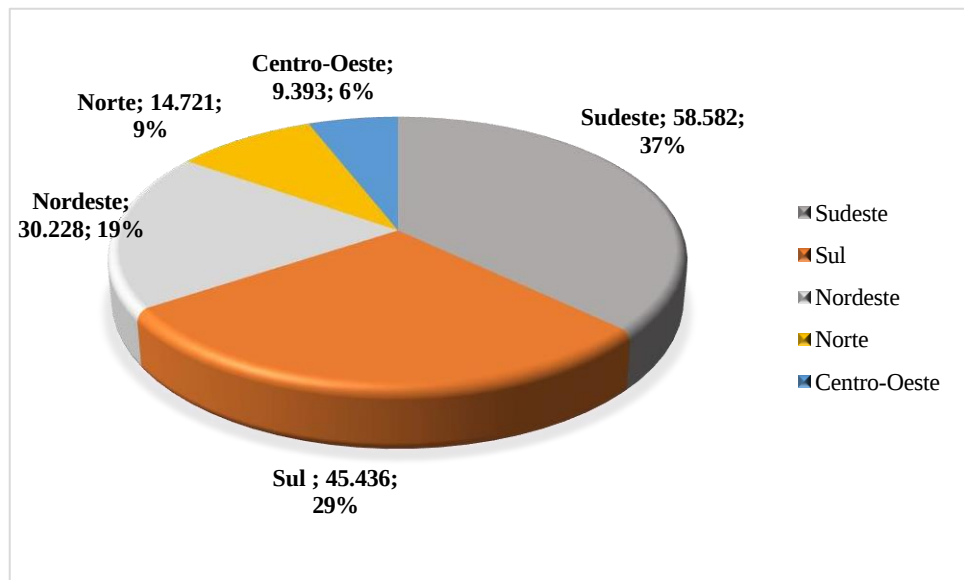
A epidemia avançou entre as mulheres de todas as faixas etárias. Para se ter uma noção desse avanço, em 2012, 11,4% das mulheres com idade igual ou superior a 50 anos viviam com HIV/AIDS; mas, em 2022, essas cifras praticamente dobraram, com o vírus acometendo 20,3% das mulheres desse grupo etário (Brasil, 2023a).

Entre as mulheres de 15 a 49 anos, a situação é mais desafiadora porque é a fase reprodutiva, na qual elas são mais acometidas pela infecção, com risco de transmissão vertical. Em 2022, 78,3% das novas infecções pelo HIV ocorreram nessa faixa etária (Brasil, 2023a). Dada a complexidade da infecção pelo HIV, que ultrapassa os limites biológicos do processo saúde-doença, incluindo determinantes de cunho social, cultural, político e outros, Carvalho e Monteiro (2021) enfatizam que a compreensão e a resolução desse problema de Saúde Pública não se restringem à dimensão reprodutiva.

1.5.2 O HIV/AIDS nas gestantes, parturientes e puérperas

As altas taxas de mulheres vivendo com HIV/AIDS (MVHA) endereçam a importância de se desvelar as especificidades do espaço-tempo desses números. O gráfico 1 mostra o quantitativo de detecção do HIV em gestantes, parturientes e puérperas entre 2000 e junho de 2023, por região brasileira de residência.

Gráfico 1 – Gestantes, parturientes e puérperas com infecção pelo HIV no período de 2000 a junho de 2023 nas regiões brasileiras



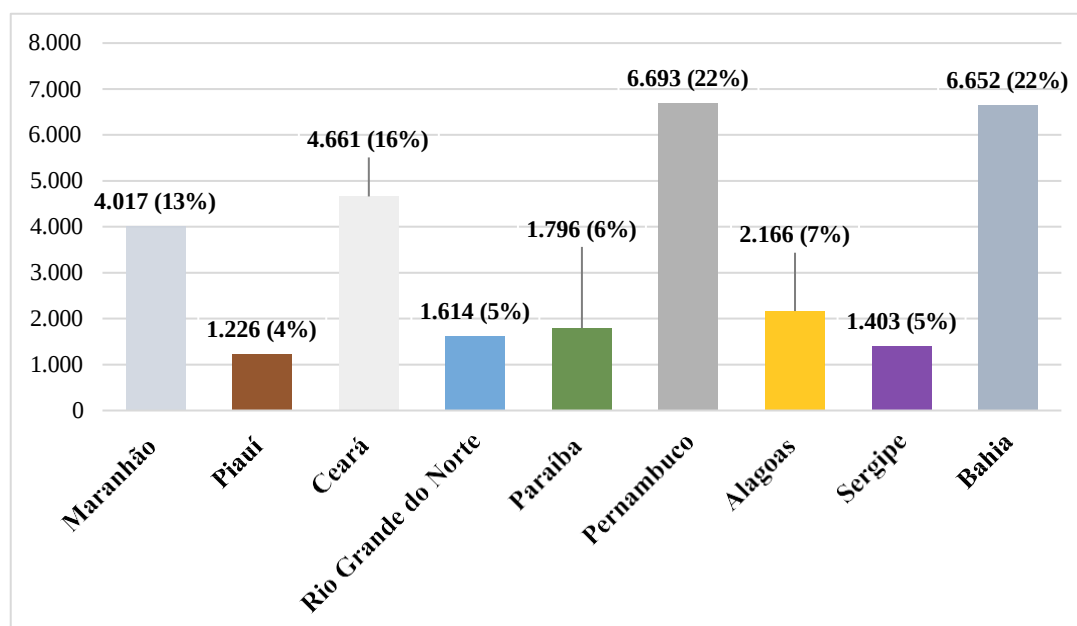
Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2023a).

Como se percebe no Gráfico 1, no período de 2000 a junho de 2023, a região com o maior número de gestantes, parturientes e puérperas diagnosticadas com HIV foi a Sudeste, com 58.882 casos. Em seguida, estão a região Sul ($n=45.436$), a região Nordeste ($n=30.228$), a região Norte ($n=14.721$) e a região Centro-Oeste ($n=9.393$)³.

Esses dados suscitaram a curiosidade em saber quais eram os números nos estados do Nordeste, onde se localiza a Paraíba. As informações obtidas e especificamente relacionadas ao nordeste brasileiro estão apresentadas no Gráfico 2, que foi construído para facilitar a visualização do quantitativo de MVHA no período gestacional e puerperal no mesmo recorte temporal (2000 a 2023) do Gráfico 1.

³ Verificou-se uma diferença na soma da tabela constante em Brasil (2023a, p. 42) que totaliza 158.360 em relação aos valores da página 15 do mesmo documento, cujo valor informado é 158.429.

Gráfico 2 – Gestantes, parturientes e puérperas com infecção pelo HIV no período de 2000 a junho de 2023 nos estados da região Nordeste



Fonte: Elaboração própria com base no Boletim Epidemiológico de dezembro de 2023 (Brasil, 2023a)⁴.

Das 30.228⁵ gestantes, parturientes e puérperas residentes nos estados nordestinos e detectadas com HIV no período de 2000 a junho de 2023, 6.693 residiam em Pernambuco. Os outros estados figuraram no Boletim Epidemiológico na seguinte ordem: em segundo lugar, a Bahia (n=6.652), em terceira colocação, o Ceará (n=4.661), em quarta posição, o Maranhão (n=4.017), em quinto posicionamento, o estado de Alagoas (n=2.166), em sexto, a Paraíba (n=1.796), na sétima disposição, o Rio Grande do Norte (n=1.614), na oitava posição, Sergipe (n=1403), e, no nono lugar, o Piauí (n=1.226) (Brasil, 2023a).

Na Paraíba, entre os anos de 2020 a 2023, 444 gestantes foram diagnosticadas, o que representa uma taxa de 2,0 de casos por 1.000 nascidos vivos. Nesse período, a Vigilância Epidemiológica identificou sete casos em menores de cinco anos indicativos de transmissão vertical, a saber: em 2020, no município de João Pessoa (n=1); em 2021, no município de Queimadas (n=1); três casos em 2022, sendo nos municípios de Esperança (n=1), de Itapoporoca (n=1) e de João Pessoa (n=1); e duas detecções em 2023, nos municípios de Lucena (n=1) e de Cabedelo (n=1) (Paraíba, 2023).

⁴ A fonte do Boletim Epidemiológico foi o MS, a Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente (SVSA) e o SINAN. População: MS/SE/DATASUS, disponíveis em: datasus.saude.gov.br/demograficas-e-socioeconomicas. Acesso em: 26 de outubro de 2023 (Brasil, 2023a, p. 42).

⁵ O “n” apresenta uma divergência entre os valores da tabela 8 (Brasil, 2023a, p. 42) no importe de dez pontos, ou seja, na tabela consta 30.228, porém o “n” por estado totaliza 30.218.

Segundo o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), as capitais brasileiras com maior taxa de detecção do HIV em gestantes no ano de 2022 foram Porto Alegre (n=17,0), Florianópolis (n=8,9) e Boa Vista (n=7,3). João Pessoa, com uma taxa de 4,3, foi a 14ª do *ranking* geral. Dentre as capitais da região Nordeste, a taxa da capital paraibana foi menor que a de Natal (5ª posição geral, taxa 6,7), Maceió (6ª posição geral, taxa 6,4), Salvador (10ª posição geral, taxa 5,6) e Recife (11ª posição geral, taxa 4,9) (Brasil, 2023a).

De maneira geral, Porto Alegre há muito lidera a listagem nacional das capitais com a maior taxa de detecção do HIV, consequentemente, também detém as maiores taxas do país de transmissão vertical e de mortalidade relacionada à infecção pelo HIV. Em Porto Alegre, estudos apontam que o diagnóstico tardio é o principal motivo da alta taxa de mortalidade por AIDS (Zambenedetti; Silva, 2016).

Quando devidamente tratada, a pessoa vivendo com HIV/AIDS (PVHA) permanece assintomática. Entretanto, o mecanismo patológico do HIV consiste na destruição de estruturas da defesa natural do corpo, tendo como alvo principal os linfócitos T CD4. A destruição do CD4 impede o sistema imunológico de combater doenças e infecção oportunistas. Assim, a sintomatologia relacionada à menor contagem de CD4 define a AIDS (Affeldt; Silveira; Barcelos, 2015), consequentemente a gravidade do quadro e o possível óbito.

Embora a ocorrência de mortes, como o exemplo citado em Porto Alegre, é preciso considerar que, de regra, o adoecimento para aqueles que aderem ao tratamento anti-retroviral (TARV) caracteriza-se como crônico e controlável (Ferreira; Silva, 2012).

1.5.3 A interseccionalidade e a vulnerabilidade das mulheres ao HIV

O HIV/AIDS imprime uma epidemia com diferentes dimensões: social, cultural, econômica, política e médica, que não podem ser estudadas isoladamente (Galvão, 2000), remetendo, com isso, ao conceito de interseccionalidade.

A interseccionalidade, como categoria analítica, procede da teoria feminista, em especial do feminismo negro, o qual, mediante leituras críticas sobre matizes de gênero, busca identificar, entender e desconstruir as múltiplas formas de opressões que, em intersecção, negam a identidade e a dignidade ao feminino (López, 2011). A interseccionalidade é, portanto, um modelo interdisciplinar histórico, filosófico, sociológico, jurídico e de outros campos apropriados para o exame das dinâmicas dos diferentes eixos de poder, não apenas de raça e gênero (Cho; Crenshaw; McCall, 2013).

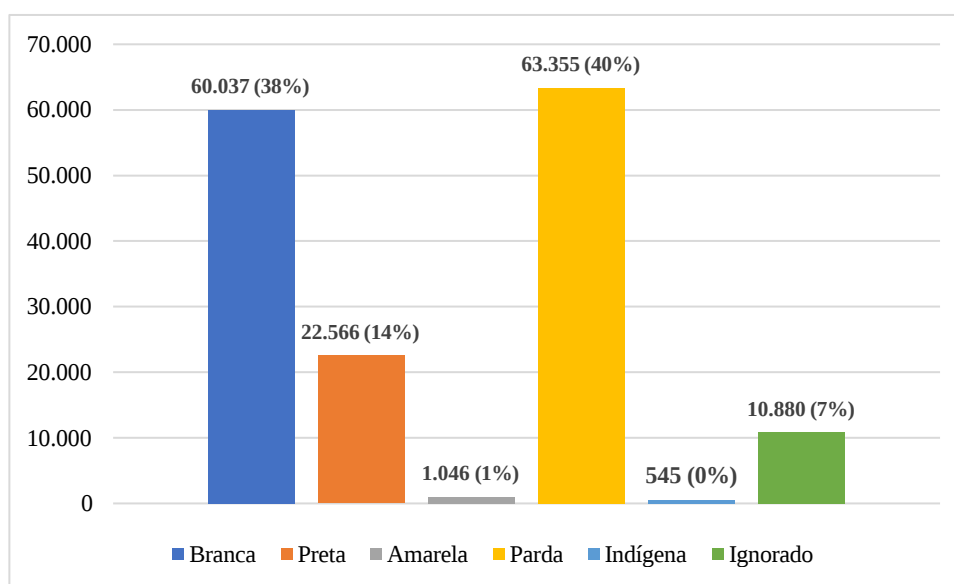
Em um mundo caracterizado por grandes desigualdades, inúmeras interações sociais se entrecruzam no espaço e tempo, como parte de uma estrutura maior, sujeitando pessoas

vulneráveis a um sistema de opressão (Cho; Crenshaw; McCall, 2013). No que se refere à expansão da epidemia causada pelo HIV, esta continua a ser ditada pelas desigualdades sociais, raciais, de gênero e outras iniquidades de saúde. Essa conjuntura, quando vista por lentes holísticas, com agudeza, revela as afrontas aos direitos humanos das mulheres pobres, periféricas, de baixa escolaridade, sem emprego e renda e de qualquer raça ou cor (Barroso; Pinho; Monteiro, 2024).

O enfrentamento do HIV/AIDS quando restrito a uma única dimensão não é suficiente para combatê-lo. O cuidado à saúde das MVHA, gestante ou não, deve ultrapassar a dicotomia saúde-doença e se aprofundar nos determinantes sociais que as dominam, haja visto que a infecção pelo HIV é circundada pelas distorções na distribuição do poder entre os gêneros, que interdita as mulheres de acessar e usufruir de bens simbólicos e materiais (Carvalho; Monteiro, 2021).

O Gráfico 3 destaca visualmente as dimensões do acometimento das gestantes brasileiras pelo HIV no período de 2000 a 2023 quanto à raça e à cor que declararam no ano do parto.

Gráfico 3 – Casos de gestantes infectadas pelo HIV segundo a declaração da raça e cor no ano do parto (2000–2023)



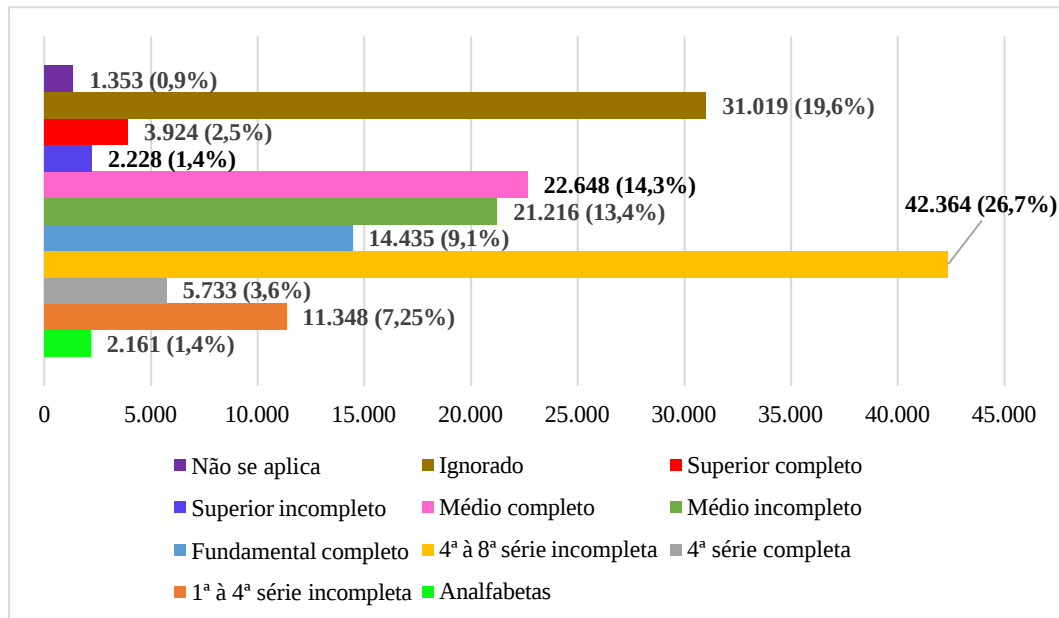
Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2023a)⁶.

Dos 158.429 novos casos de gestantes com HIV, as pardas foram as mais acometidas (40%); em segundo lugar fora as brancas (38%); e em terceiro às pretas (14%). Além disso,

⁶ Os dados de Brasil (2023a) procederam do MS/SVSA/SINAN.

gestantes com menor nível de escolaridade são as mais atingidas pelo HIV, como destaca o gráfico 4.

Gráfico 4 - Casos de gestantes infectadas pelo HIV segundo o nível de escolarização no ano do parto (2000–2023)



Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2023a).

Como documenta o MS, 37,55% (n=59.445) das gestantes que foram infectadas pelo HIV no Brasil, de 2000 a 2023, sequer possuíam o ensino fundamental completo. Ainda mais, 1,4% (n=2.161) não sabia ler ou escrever, e somente 2,5% (n=3.924) possuía um diploma universitário. Essas evidências certificam o entrecruzamento das vulnerabilidades envolvendo a epidemia do HIV e outros problemas de Saúde Pública, porquanto independentemente da cor/raça, outros determinantes influenciam as escolhas das mulheres em seus IT. O estudo de Perotta *et al.* (2023) testifica essas apreensões em Curitiba, estado do Paraná, no período de 2018 a 2020, onde a maioria das MVHA era de raça/cor branca (74,6%), na faixa dos 13 aos 30 anos (58,3%) e com pouca escolaridade. Delas, 24,4% sequer tinham o ensino fundamental completo.

Aliás, desde o início da disseminação do HIV nas mulheres, as jovens e as de nível instrucional precário foram as mais expostas. Estudo realizado em maternidade do Rio de Janeiro concernente ao período de 1987 a 1996 encontrou as mais acometidas entre aquelas com 19 aos 33 anos e com o ensino fundamental incompleto, sendo a exposição sexual a principal forma do contágio (Spíndola; Alves, 1999). Não apenas no Rio de Janeiro, mas em todo o Brasil, emergem estudos elucidativos do perfil predominante das MVHA como sendo

caracterizado por baixo nível econômico e de escolarização (Nonato *et al.*, 2024). Isso é preocupante, haja vista que os contextos sociocultural e econômico podem comprometer o alcance dos direitos pelas pessoas das camadas vulneráveis, principalmente em razão do grande distanciamento entre os direitos que estão escritos e os que são efetivamente concretizados (Carvalho; Monteiro, 2021).

Nas métricas apresentadas nos gráficos 3 e 4, chamou atenção o percentual de dados ignorados e “não se aplica”. O MS explica que o termo “não se aplica” corresponde a possíveis equívocos nas informações que podem não ser das gestantes, parturientes e puérperas, por isso foram desconsiderados (Brasil, 2023a), o que indica a necessidade de maior rigor na vigilância epidemiológica e no preenchimento das fichas de notificação e dos dados do SINAN.

1.5.4 Apontamentos acerca do itinerário terapêutico das mulheres que vivem com HIV/AIDS no Brasil

Conforme aventado nos tópicos anteriores, as desigualdades do contexto brasileiro são heterogêneas, o que significa que existem muitos subníveis de vulnerabilidades que influenciam as escolhas e a adesão ao tratamento da população de baixa renda (Gerhardt, 2006). Diante disso, é premente considerar as particularidades dos caminhos individuais percorridos pelas PVHA na busca do cuidado à saúde (Ferreira; Silva, 2012).

Na década de 1950, os estudos inaugurais sobre o IT procuravam identificar as condutas direcionadas unicamente para a utilização dos serviços de saúde. No entanto, a partir de 1980, as análises foram ampliadas, de modo a refletir sobre as concepções médicas a respeito da doença e do tratamento e as redes sociais nas quais os sujeitos se inserem para resolver seus problemas de saúde (Alves, 2015). Nessa perspectiva, hoje, os esforços para desvelar os IT em vários processos de adoecimento têm se direcionado a múltiplas frentes, incluindo as experiências do adoecimento, o comportamento de quem adoece ou do seu responsável em relação à doença, a percepção da família ou do próprio paciente sobre a doença e o tratamento, a utilização dos sistemas de saúde formal e informal, e, por fim, as dimensões simbólicas e socioculturais que regem o comportamento das pessoas (Gerhardt; Burille; Müller, 2016). Há de se considerar ainda a existência do risco de as escolhas direcionadas por questões socioculturais e econômicas comprometerem a efetividade do controle das doenças, o que é piorado quando o exercício dos direitos imbricados à saúde é relegado a segundo plano (Carvalho; Monteiro, 2021).

Outra consideração relevante é que, no Brasil, o termo “itinerário terapêutico” tem sido empregado como sinônimo de “caminho de cura”, “caminho terapêutico”, “itinerário de

cuidado”, “linha de cuidado”, “trajetória assistencial”, “trajetória de cuidado”, “trajetória de cura”, “trajetória do paciente”, “trajetória de tratamento” e “trajetória terapêutica”. De todo modo, o objeto de estudo do IT é o “conjunto de interações – práticas – que os indivíduos e grupos sociais tecem para abrir ‘campos de possibilidades’ para o cuidado à saúde” (Alves, 2016, p. 136; Gerhardt; Burille; Müller, 2016, p. 43).

Em que pese a multiplicidade de designações, Alves (2016, p. 136) advoga que o termo “cuidado à saúde” é mais adequado para indicar a busca dos indivíduos durante o IT. O autor rechaça as palavras “cuidados médicos”, “cuidados terapêuticos” e “cuidados médicos terapêuticos”, porque compreende que o “cuidado à saúde” não se resume à busca pelo tratamento, mas se consubstancia em uma série de “arranjos, estratégias e estabelecimento de redes sociais que são constituídas no processo de lidar com a doença”.

Dessa maneira, o IT pode ser conceituado como “experiências de pessoas e famílias em seus modos de significar e produzir cuidados, empreendendo trajetórias em diferentes redes que possam lhes dar sustentabilidade nessa experiência” (Ruiz; Gerhardt, 2016, p. 185). É um caminho que se caracteriza pelos traçados da busca por cuidados que surgem a partir da história contada pelos sujeitos sociais (Favoreto, 2006).

No campo da Saúde Pública, duas correntes principais explicam as escolhas do IT. Uma vertente argumenta que as pessoas, segundo uma racionalidade de consumo, orientam-se pelas práticas do cuidado biomédico e pela demanda dos serviços de saúde. Nesse caso, seguindo a lógica de clientelismo e prestação de serviços, os usuários procuram a atenção biomédica, a depender das ofertas dos serviços. A outra corrente, mais ampla, defende que a procura pelos sistemas de cuidados é norteadas por matrizes culturais e sociais, e não exclusivamente pelos critérios biomédicos (Gerhardt; Burille; Müller, 2016).

Os fatores presentes na doença e na saúde são influenciados por múltiplos sentidos. Dessa forma, a busca por cuidado à saúde é diferente para cada pessoa e família. Aqueles que sofrem com o mesmo problema objetivo não necessariamente tomarão as mesmas decisões, porque, além dos limites materiais, a história de vida modula o IT (Gerhardt, 2006). Como explicam Gerhardt, Burille e Müller (2016, p. 29):

Falar em pluralismo terapêutico é situar um conjunto de cuidados e crenças sobre o corpo e a alma, a saúde e a doença, a partir da inserção em um sistema cultural com significados e arranjos particulares de instituições, racionalidades e de interações interpessoais. É para esse território do pluralismo terapêutico, entendido como cenário de opções distintas de saúde, que se volta nosso interesse.

Profissionais de saúde, da APS ou dos equipamentos de outros níveis de complexidade devem considerar que os aspectos objetivos e subjetivos intervenientes no IT são diferentes,

ainda que a doença seja a mesma. De acordo com Gerhardt (2006), as decisões terapêuticas que as pessoas tomam são influenciadas culturalmente e podem incluir desde condutas populares, como dos curandeiros e benzedeiros; condutas informais, a exemplo da automedicação e/ou indicação terceiros não profissionais; e as condutas procedentes das equipes da saúde. Isso porque o cuidado ao qual os doentes podem aderir não é exclusivamente produzido pelos profissionais e pelos serviços de saúde, mas por diferentes sujeitos de suas redes sociais e nos diferentes modos de vida (Gerhardt; Burille; Müller, 2016, p. 52).

1.5.5 O cuidado à saúde das gestantes com HIV/AIDS e a atenção primária à saúde

As altas taxas de infecção pelo HIV nas mulheres em idade reprodutiva, dos 15 aos 49 anos, remete à importância das medidas de prevenção à transmissão vertical, principalmente por meio da oferta e testagem anti-HIV, do planejamento reprodutivo e da adesão à TARV (Brasil, 2023a).

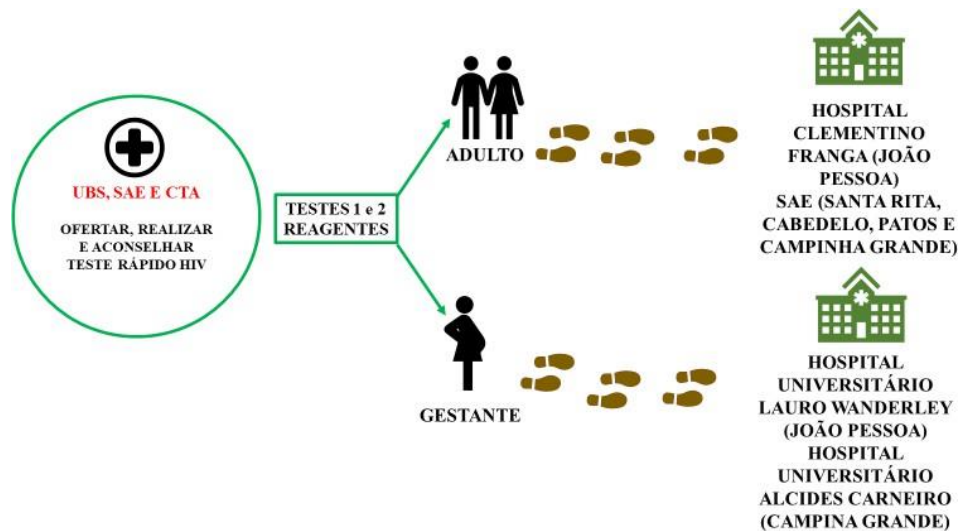
A APS, no Brasil, também denominada atenção básica, é a porta de acesso à rede de atenção à saúde (RAS) no SUS, cabendo-lhe a resolutividade clínica e sanitária dos problemas de Saúde Pública em integração com outros equipamentos da RAS (Carvalho; Monteiro, 2021; Melo; Maksud; Agostini, 2018).

Desde o início do enfrentamento da epidemia do HIV no Brasil, as ações focalizaram nos serviços de atenção especializada (SAE) em âmbito ambulatorial e hospitalar, mas esse cuidado, ao ser descentralizado para a APS, que já tinha a função de promoção e prevenção sobre o HIV, passou a diagnosticar os casos e acompanhá-los em seus territórios. Desse modo, os principais incrementos funcionais postos para as UBS foram: testagem rápida anti-HIV e o aconselhamento, primeira consulta após o diagnóstico com solicitação da contagem de CD 4 e carga viral; acompanhamento das PVHA assintomáticas; encaminhamentos dos sintomáticos para os SAE; e matriciamento, que é a integralidade e resolutividade compartilhadas com o SAE (Melo; Maksud; Agostini, 2018; Zambenedetti; Silva; 2016).

Na Paraíba, o fluxo indicado pela Secretaria de Estado da Saúde para a testagem anti-HIV e encaminhamentos para os que forem diagnosticados inicia-se nas UBS, nos SAE e nos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA), que devem ofertar, realizar e aconselhar o teste rápido. Caso o primeiro teste rápido seja positivo, realiza-se um segundo teste de outro fabricante, persistindo o resultado em adultos, estes são encaminhados para o Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa, ou para os SAE localizados nos municípios de Santa Rita, Cabedelo, Patos ou Campina Grande, mas se a detecção ocorrer em gestantes, estas são

encaminhadas para os Hospitais Universitários de João Pessoa ou de Campina Grande (Paraíba, 2023). A Figura 1 ilustra esse caminho.

Figura 1 – Fluxo indicado pela Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba da testagem ao tratamento dos adultos e gestantes vivendo com HIV/AIDS



Fonte: Elaboração própria com base em Paraíba (2023).

A reconfiguração do sistema de saúde brasileiro, à medida que ampliou o protagonismo da APS, também majorou os desafios desse nível de cuidado à saúde, porque exigiu maior capacidade material e processual dos municípios. Pinho *et al.* (2020) lembram que competências condizentes com as novas atribuições foram requeridas dos profissionais da APS, sobretudo exigiu-se uma maior sensibilidade para perceber os fatores objetivos e subjetivos inerentes à infecção pelo HIV.

Diferentes estudos indicam que os profissionais da UBS não se sentem seguros para cuidar das PVHA, o que se soma a deficiências de outras ordens como equipes de saúde incompletas, acúmulo de atribuições, pouca habilidade para o aconselhamento antes e após a testagem anti-HIV, sendo mais custoso informar o resultado reagente (Pinho *et al.*, 2020). Na APS do Rio de Janeiro, percebeu-se escassez de insumos, inadequação da estrutura ambiental, dúvidas dos médicos acerca do manejo clínico da infecção em pauta, embora de posse dos protocolos e diretrizes (Rocha *et al.*, 2023).

Em relação à cobertura territorial pelas equipes da APS, ao tempo em que se apresentou como uma vantagem devido à proximidade com a população e uma maior compreensão das condições sociais e modo de vida das PVHA, estudos identificaram que algumas dessas pessoas

tinham receio de quebra da confidencialidade e de sofrerem estigmas por serem atendidas nas UBS de seus territórios (Melo; Maksud; Agostini, 2018).

O monitoramento clínico com a participação da APS é fundamental para nortear as decisões das ações para o controle do HIV/AIDS. Uma das ferramentas elucidativas dos avanços no alcance das metas 95-95-95 integrantes da Agenda 2023 da Organização das Nações Unidas (ONU) é a cascata de cuidado contínuo (Brasil, 2023b).

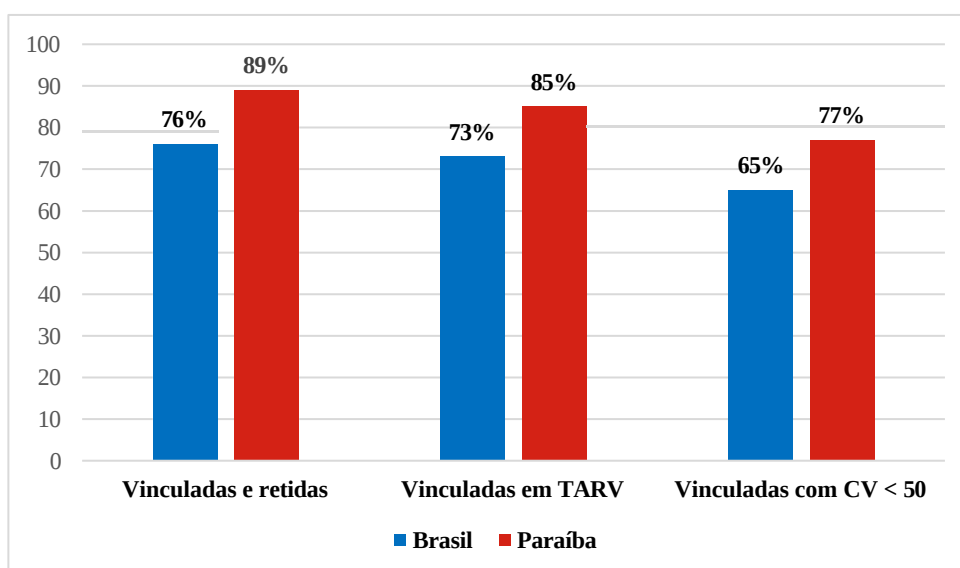
As metas 95-95-95, das quais o Brasil é signatário, significam que, até o ano de 2023, o país empreenderia esforços no intuito de alcançar “95% das PVHA do país diagnosticadas; 95% das PVHA diagnosticadas em TARV; e 95% das pessoas em TARV com carga viral suprimida” (Brasil, 2023b, p. 19).

A cascata de cuidados intensivos é a representação em um gráfico composto por seis barras indicativas do número de PVHA, diagnosticadas, vinculadas a uma unidade de saúde, retidas, em TARV e com carga viral suprimida, ou seja, inferior de 50 cópias/ml (Brasil, 2023).

O MS ainda esclarece que retenção no cuidado é o acesso contínuo a um atendimento de saúde adequado e “pessoas retidas nos cuidados são aquelas vinculadas ao cuidado em HIV que continuamente recebem tais serviços” (Brasil, 2017, p. 16). Dessa forma, didaticamente, a cascata de cuidado contínuo do HIV revela o nível desses indicadores em uma dada localidade e intervalo de tempo.

Na Paraíba, em 2022, a cascata de cuidados parcial, referente aos percentuais de PVHA vinculadas e retidas, vinculadas e em TARV e vinculadas e com carga viral suprimida, por 1.000 habitantes, apresenta-se conforme o gráfico abaixo.

Gráfico 5 – Cascata parcial do cuidado contínuo HIV Brasil e Paraíba em 2022



Fonte: Elaboração própria com base em Brasil (2023b).

Depreende-se do Gráfico 5 que os indicadores do estado da Paraíba em comparação com os do Brasil eram melhores em 2022. Na Paraíba, 89% das PVHA estavam retidas, mas, no Brasil, apenas 76%. As vinculadas e com cobertura de antirretroviral eram 85% na Paraíba e, no Brasil, eram 73%. Já as vinculadas e com carga viral menor que 50 cópias por mL, na Paraíba, eram 77%, porém, no Brasil, somente 65% das PVHA possuíam carga viral suprimida.

Como possíveis estratégias resolutivas dessas fragilidades, a literatura científica indica a necessidade de superar a fragmentação no cuidado em saúde mediante a interação dos profissionais da APS com infectologistas dos SAE e outros médicos mais experientes (Rocha *et al.*, 2023). Além disso, na abordagem das MVHA é fundamental não excluir as desigualdades na distribuição do poder relacionadas ao gênero, como também entender que a maternidade é uma fase complexa na qual o sofrimento das MVHA pode estar aumentado (Carvalho; Monteiro, 2021).

1.6 Metodologia

De antemão, cumpre informar que a metodologia dos artigos encaminhados para a publicação está detalhada nos capítulos 2 e 3, segundo os critérios dos periódicos que os recepcionaram. A metodologia deste item 1.6 se aplica à pesquisa maior, da qual os produtos se originaram.

1.6.1 Tipologia do estudo

Quanto à natureza do método, o estudo se inscreve no âmbito qualitativo. Consoante Minayo (2009), pesquisas qualitativas respondem a questões específicas, cujo nível de realidade não é passível de quantificação, haja visto que trabalha com significados, valores, crenças, atitudes e desejos. Além disso, seu desenvolvimento cumpre um ciclo de três etapas: 1) exploratória; 2) trabalho de campo; e 3) tratamento e análise do material auferido.

A fase exploratória vai desde a produção do projeto de pesquisa até a entrada em campo. A etapa de trabalho de campo corresponde ao momento relacional em que o pesquisador põe em prática o seu projeto, inserindo-se no local do estudo de posse de instrumentos de coleta para observar a realidade e coletar os dados. O estágio de tratamento e análise dos dados, como sua designação sugere, envolve a ordenação, classificação e análise do material empírico coletado em interlocução com a base teórica pertinente ao estudo (Minayo, 2009).

1.6.2 Período e local de estudo

O estudo foi realizado no período de setembro de 2023 a março de 2024. As entrevistas foram efetuadas nas UBS da região metropolitana de João Pessoa, estado da Paraíba, às quais as participantes estavam vinculadas.

Para preservar o anonimato, os bairros e as UBS não foram denominadas.

1.6.3 População, amostra e critérios de inclusão

Do universo populacional composto pelas mulheres atendidas nas UBS da região metropolitana de João Pessoa, foram selecionadas dez, segundo a amostragem *snowball*, conhecida como “bola de neve”. De acordo com Vinuto (2014), essa amostragem, ao ser constituída por uma cadeia de referência não probabilística, permite estudar questões delicadas e acessar sujeitos pouco conhecidos.

A pesquisadora manteve um primeiro contato com uma das mulheres que, além de aceitar participar da pesquisa, indicou outra possível participante. Dessa forma, as participantes antecedentes apontaram outras gestantes e puérperas de seus vínculos de interação, que foram convidadas a participar da pesquisa. Ao final, foram incluídas dez mulheres que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: gestante ou puérpera com até 45 dias de pós-parto, na faixa etária acima dos 18 anos, desde que acompanhadas na atenção primária à saúde (APS) da região metropolitana de João Pessoa e que, de forma voluntária, declararam a livre participação no estudo por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (apêndice A).

As mulheres que não atenderam cumulativamente a todos esses requisitos foram excluídas. Uma vez iniciada a coleta de dados, nenhuma das participantes revogou a anuência que manifestou no TCLE.

1.6.4 A história oral como metodologia de pesquisa e como instrumento para a coleta de dados

Para responder às questões suscitadas pela pesquisa, principalmente em se tratando do trabalho com as narrativas obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, a história oral temática (Meihy; Holanda, 2010) se apresentou como apropriada, uma vez que se legitima por protagonizar as destinatárias do cuidado em saúde, conferindo-lhes visibilidade enquanto sujeitos sociais e possibilitando conhecer, por meio dos depoimentos, suas experiências entrelaçadas ao HIV/AIDS e à maternidade.

A história oral é um método de pesquisa que favorece a entrevista com pessoas que vivenciam/vivenciaram ou testemunham/testemunharam certas situações de interesse investigativo (Alberti, 2005). Corresponde a um processo sistemático de aquisição de entrevistas para responder a uma utilidade prática e social, que não termina no instante de sua obtenção, mas se articula com diversas interfaces de um contexto mais amplo, pertinente ao objeto de investigação (Meihy; Holanda, 2010).

Uma entrevista semiestruturada foi realizada com as dez participantes incluídas no estudo. Para Nogueira-Martins e Bógus (2004), a entrevista semiestruturada parte de um rol de questionamentos básicos, previamente respaldados em teorias e hipóteses de interesse da pesquisa; mas, durante a sua realização, à medida que surgem novas hipóteses relacionadas às respostas dos entrevistados, oportuniza novos questionamentos.

Para a condução proficiente da entrevista semiestruturada, o entrevistador deve possuir uma base teórica precedente e correlacioná-la, tempestivamente, com as respostas obtidas (Nogueira-Martins; Bógus, 2004). Por conseguinte, o referencial teórico proporcionou esse alicerce que continuou durante todo o período de construção deste trabalho em um movimento dialético entre os achados dos estudos e sua análise e interpretação.

O roteiro da entrevista consta no apêndice “C” e foi composto inicialmente por seis questões abrangentes da maneira como as mulheres descobriram o HIV; os sentimentos ao receber o diagnóstico; as mudanças no cotidiano após o diagnóstico; a possível rede de apoio na qual foram inseridas; o tratamento e a percepção em relação às outras mulheres que não vivem com HIV/AIDS.

No intuito de ampliar e reforçar os dados orais obtidos com as entrevistas, também se empregou um diário de campo e um questionário sociodemográfico (apêndice B). No diário de campo foram registrados os dados não abrangidos pelos demais instrumentos de coleta, incluindo as percepções das situações inesperadas (Cachado, 2021). Já o questionário sociodemográfico permitiu levantar as informações necessárias à caracterização das participantes. Dessa forma, englobou: idade, etnia/raça, nível de escolaridade, profissão, atividade remunerada, estado civil, antecedentes obstétricos e pessoais, atividade sexual, comorbidades, diagnóstico, tratamento, carga viral e dosagem de CD 4.

Atendendo as recomendações de Gil (2018), o roteiro da entrevista e o questionário foram testados em duas mulheres pertencentes à mesma população das investigadas. No roteiro da entrevista semiestruturada, foi necessário reformular as indagações acerca da sexualidade e do eventual preconceito ou discriminação experienciados por elas em decorrência da condição

sorológica totalizando 8 perguntas. Somente após a reformulação, esses instrumentos foram aplicados às dez participantes da amostragem final.

1.6.5 Tratamento e análise dos dados

As entrevistas coletadas por meio de gravação de áudio em espaço privativo, foram transcritas e, a fim de garantir o anonimato, agrupadas à respectiva participante mediante o código alfa numérico composto por “G” de “gestante”, “P” de puérpera e um número exclusivo de “01” a “10”.

O *corpus* geral formado por todas as entrevistas transcritas e codificadas foi processado no programa IRaMuTeQ. Esse *software* apoia a análise do conjunto de comunicações verbais mediante formulações como estatística textual, classificação hierárquica descendente (CHD) e nuvem de palavras, colocando em evidências as formas lexicais mais recorrentes e as conexões temáticas (Camargo; Justo, 2018). Com isso, o *software* favorece a acurácia na compreensão das categorias temáticas presentes no conjunto analisado, sem eximir o pesquisador de sua função de interpretar os dados.

1.6.6 Considerações éticas e legais

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da instituição proponente segundo o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) n.º 71370823.8.0000.8069 e recebeu o Parecer nº 6.302.421 favorável. Ademais, os aspectos éticos e legais foram integralmente respeitados aos moldes da Resolução n.º 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012) e demais normas vigentes, inclusive quanto aos direitos autorais e à preservação da originalidade das ideias dos autores citados.

CAPÍTULO 2

Artigo submetido à Revista *Boletim de Conjuntura (BOCA)* ISSN 2675-1488, qualis periódico quadriênio 2017-2020 classificação A1 em Saúde Coletiva.

Prezou-se por manter a formatação do texto conforme as regras do periódico. O comprovante de submissão consta no anexo B.

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - HIV/AIDS: UM ESTUDO CIENTOMÉTRICO SOBRE O CUIDADO INTEGRAL E PREVENÇÃO EM GESTANTES E PUÉRPERAS

*Raissa Bastos Oliveira
Eduardo Sérgio Soares Sousa
Rilva Lopes de Sousa Munõs
Flávia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira
Adriel Vitor Sabino da Costa Neves*

RESUMO

Objetivou-se compreender o estado do conhecimento científico sobre a relação entre a Atenção Primária à Saúde e gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS. Trata-se de um estudo *cientométrico* que analisou 269 artigos publicados entre 1987 e 2024. Os metadados foram coletados na base de dados Scopus e processados no *software* VOSviewer®. Evidenciou-se que o interesse pela temática é multidisciplinar e mundial. Os Estados Unidos são o país mais produtivo e influente, enquanto o Brasil ocupa a quinta posição, embora seus estudos sejam pouco citados. Emergiram sete categorias sobre a gestação durante a adolescência, a adesão à terapia antirretroviral, o rastreamento do HIV/AIDS, a amamentação e o risco de transmissão vertical, o pré-natal e a relação entre HIV e sífilis. Sob uma perspectiva transdisciplinar, a Atenção Primária à Saúde é essencial para garantir a integridade do cuidado integral das usuárias da rede de saúde.

Palavras-chave: Atenção Primária em Saúde; Gestantes; HIV; Período pós-parto.

ABSTRACT

The objective was to understand the state of scientific knowledge regarding the relationship between Primary Health Care and pregnant and postpartum women living with HIV/AIDS. This is a scientometric study that analyzed 269 articles published between 1987 and 2024. Metadata were collected from the Scopus database and processed using VOSviewer® software. It was found that interest in the topic is multidisciplinary and global. The United States is the most productive and influential country, while Brazil ranks fifth, although its studies are rarely cited. Seven categories emerged: adolescent pregnancy, adherence to antiretroviral therapy, HIV/AIDS screening, breastfeeding and the risk of vertical transmission, prenatal care, and the relationship between HIV and syphilis. From a transdisciplinary perspective, Primary Health Care is essential to ensuring the comprehensiveness of care for users of the healthcare system.

Keywords: HIV; Primary Health Care; Pregnant Women; Postpartum Period.

INTRODUÇÃO

No Brasil, as diretrizes para a organização da rede de atenção no Sistema Único de Saúde (SUS) estão estabelecidas na Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. No anexo dessa norma, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010).

A RAS, para o emprego racional dos recursos, diferencia-se em três níveis de complexidade. O de menor densidade tecnológica é a Atenção Primária à Saúde (APS), o de densidade intermediária é a atenção secundária à saúde e o de maior densidade é a atenção terciária à saúde (BRASIL, 2010).

O marco do que se conhece por “Atenção Primária em Saúde” é o Relatório Dawson. Esse documento foi elaborado pelo Reino Unido para organizar seus serviços por níveis de atenção, mas foi a Conferência Internacional ocorrida em 1978 em Alma-Ata⁷ que consagrou a APS como a porta de entrada para os sistemas de saúde (RODRIGUES *et al.*, 2014). Essa Conferência convocou todos os governos à responsabilidade, reafirmou a saúde como um direito fundamental da pessoa humana e como o completo bem-estar físico, mental e social, conceituou os cuidados primários em saúde, elencou alguns de seus reflexos nas comunidades e, a partir de políticas que priorizassem o desenvolvimento social e econômico como essencial aos cuidados primários em saúde, estabeleceu metas de alcance mundial (BRASIL, 2002).

Após a declaração de Alma-Ata, os ideais da APS se propagaram para o mundo. De início, as práticas eram tecnocráticas, pouco qualificadas e restritivas de investimentos (RODRIGUES *et al.*, 2014), no entanto sabe-se que avanços significativos ocorreram na APS, ainda que discrepantes, a depender das especificidades dos territórios. Em um mesmo país, como o Brasil, por exemplo, convive-se com Unidades Básicas de Saúde (UBS) que são referências na APS, mas há outras que não conseguem cumprir efetivamente suas funções.

No SUS, os maiores desafios da APS envolvem o compromisso político com a efetividade dos serviços que exerce e o estabelecimento de um fluxo capaz de suprir as demandas dos usuários da RAS (RODRIGUES *et al.*, 2014). Indubitavelmente, para os sujeitos que vivem com doenças crônicas, como o HIV/AIDS, a APS exerce uma função essencial no que concerne ao diagnóstico precoce, ao acompanhamento, ao controle e à prevenção da disseminação e das complicações, entretanto as fragilidades, que se perpetuam, podem ofuscar essas funções.

Existem várias experiências bem-sucedidas na forma como as UBS cuidam das pessoas que vivem com HIV/AIDS (BRASIL, 2014), contudo, na APS de João Pessoa, estado da Paraíba, identificaram-se deficiências na organização do serviço, na acessibilidade dos usuários e na capacitação profissional. Os profissionais eram resistentes à capacitação para a realização dos testes rápidos para a detecção do HIV e várias UBS, por não disporem de profissionais habilitados, não realizavam os testes (GUEDES *et al.*, 2021). Essa situação, além de induzir o diagnóstico tardio, dificulta a resolutividade dos problemas de saúde, podendo fragmentar o itinerário terapêutico (IT) dos usuários em geral. Não apenas isso, mas pode acarretar o aumento da transmissão da doença e dos custos para o sistema de saúde.

Igualmente, na Atenção Básica em Saúde (ABS) de 13 municípios do estado do Rio Grande do Norte, o acolhimento, diagnóstico e manejo clínico disponibilizados às pessoas que vivem com HIV/AIDS estavam desagregados e fortemente dependentes dos serviços de alta complexidade situados nas maiores cidades do estado. A desqualificação funcional e estrutural provocava um excesso de encaminhamentos (FERNANDES *et al.*, 2022), alargando e

⁷ Alma-Ata é uma cidade situada no Cazaquistão.

dificultando o IT dos usuários daquelas UBS. Em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, não foi diferente: havia desfalques nas equipes, alta rotatividade de profissionais, sobrecarga de atribuições e desqualificação profissional, principalmente para a comunicação dos resultados dos testes de HIV e para o aconselhamento. Essas questões restringiam o acesso da população ao cuidado em saúde e causavam ruptura nas ações de APS (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

Diante da problemática brasileira, em que diversos estudos mostram as limitações das UBS no que diz respeito ao diagnóstico do HIV/AIDS e à integralidade da assistência, questionou-se o que é produzido científica e internacionalmente referente ao cuidado prestado na APS às gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS. Com o objetivo de compreender o estado do conhecimento científico sobre a relação APS e gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS, desenvolveu-se um estudo *cientométrico* a partir de artigos indexados na base de dados Scopus no período de 1987 a 2024.

Análises métricas sobre a produção científica focalizada em problemas de saúde comuns à realidade brasileira podem direcionar as agendas de pesquisa no país (SANTOS *et al.*, 2021), mapear o perfil de estudos sobre o cuidado a mulheres na APS (SANTOS; PRADO, 2024) e dar a conhecer as redes de colaboração mundial no enfrentamento dos problemas de saúde pública comuns aos territórios (LINS *et al.*, 2021). Logo, considera-se esta pesquisa relevante porque seus resultados podem elucidar os panoramas quantitativo e qualitativo acerca da produção em análise, possibilitando confrontar a realidade da APS segundo uma representatividade territorial mundial. Ademais, as evidências apreendidas serão úteis para os trabalhadores da saúde de todos os níveis de atenção e para estudantes e pesquisadores comprometidos com a saúde pública, o que, em última instância, reflete-se na qualidade da atenção prestada à comunidade.

METODOLOGIA

Metodologicamente, a pesquisa utiliza-se da cientometria para mapear a produção científica, produzir indicadores e analisar os padrões das comunicações científicas sobre o papel da APS na assistência às gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS. De acordo com Silva, C. Hayashi e M. Hayashi (2011), embora a bibliometria e a cientometria analisem estatisticamente as publicações e configurem métodos dinâmicos, ambas são diferentes. A bibliometria lida com informações mais gerais de vários tipos de publicações. Todavia, a *cientometria*, de certa maneira, sobrepõe-se à bibliometria, porque é específica para a ciência como disciplina. Spinak (1998) acrescenta que a *cientometria* enfatiza a relevância da produção analisada em correlação com outros contextos, como o socioeconômico.

A pesquisa atendeu às seguintes etapas: 1) definição da pergunta de pesquisa; 2) determinação dos descritores; 3) designação da base de dados para a recolha do material; 4) busca na base de dados; 5) tratamento dos resultados; e 6) análise dos resultados.

Os descritores relacionados ao objeto de pesquisa foram identificados no Medical Subjects Headings (MeSH), utilizando os operadores booleanos *AND* e *OR*, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Expressão de busca

Booleanos	Descritores do MeSH
	“Primary Health Care”
OR	“Primary Care”
OR	“Care Primary”
OR	“Care Primary Health”
END	“Pregnant Woman”
OR	“Postpartum Period”
END	HIV
OR	AIDS

Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Optou-se pela coleta dos dados na base de dados Scopus em razão da expressiva quantidade e qualidade do material científico que dissemina mundialmente. É um banco de dados multidisciplinar com mais de 91 milhões de registros, procedentes de periódicos revisados por pares e, de regra, com considerável fator de impacto (ELSEVIER, 2024). Além disso, permite a exportação dos metadados em formato compatível com o programa de análises métricas utilizado neste estudo, o VOSviewer®, versão 1.6.20.

Devido à velocidade com que novos registros são adicionados ao Scopus, a busca se processou em data única (21/06/2024). Os metadados foram arquivados em pasta dos pesquisadores para recuperação do texto integral, leitura e interpretação subsequentes.

Os critérios de inclusão foram: artigos sem restrição de data de publicação e com texto disponível nos idiomas inglês, espanhol e português, com a expressão de busca localizada nos títulos, *abstracts* e palavras-chave. Não se estabeleceu data de publicação para conhecer o comportamento científico sobre o objeto de pesquisa ao longo dos anos.

Excluíram-se os documentos diferentes de artigos e publicados em outra língua que não a inglesa, espanhola e portuguesa. A aplicação desses critérios se deu por meio dos filtros da própria base, que resultou no *script*: (TITLE-ABS-KEY (“Primary Health Care”) OR TITLE-ABS-KEY (“Primary Care”) OR TITLE-ABS-KEY (“Care Primary”) OR TITLE-ABS-KEY (“Care Primary Health”) OR TITLE-ABS-KEY (“Health Care Primary”) OR TITLE-ABS-KEY (“Healthcare Primary”) OR TITLE-ABS-KEY (“Primary Healthcare”) AND TITLE-ABS-KEY (“Pregnant Woman”) OR TITLE-ABS-KEY (“Postpartum Period”) AND TITLE-ABS-KEY (HIV) OR TITLE-ABS-KEY (AIDS)) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, “Portuguese”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “Spanish”) OR LIMIT-TO (LANGUAGE, “English”)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, “ar”)).

Os resultados foram tratados com o emprego do *software* VOSviewer®. Esse programa examina os metadados e cria mapas, tais como de coocorrência de palavras-chave e de coautoria de autores e de países, permitindo aos pesquisadores visualizá-los, explorá-los e interpretá-los (COSTA; ARAÚJO; FARIAS, 2023; ECK; WALTMAN, 2022), sendo adequado à compreensão do perfil investigativo de diversas áreas do conhecimento acadêmico e científico no cenário nacional e internacional (BARBOSA; EMMENDOERFER, 2023; NEVES; MACHADO, 2024; ROSSATO; LÖBLER, 2024; VIERA *et al.*, 2023; WEGNER *et al.*, 2023). A rede de coocorrência de palavras-chave, particularmente, possibilitou a identificação dos principais assuntos veiculados na produção, cujas evidências, a partir da leitura integral dos textos representativos, foram sintetizadas em categorias temáticas.

A critério dos pesquisadores, a Scopus também forneceu análises acerca dos registros a que chegou, as quais foram processadas na ferramenta Excel e exibidas por meio de gráficos.

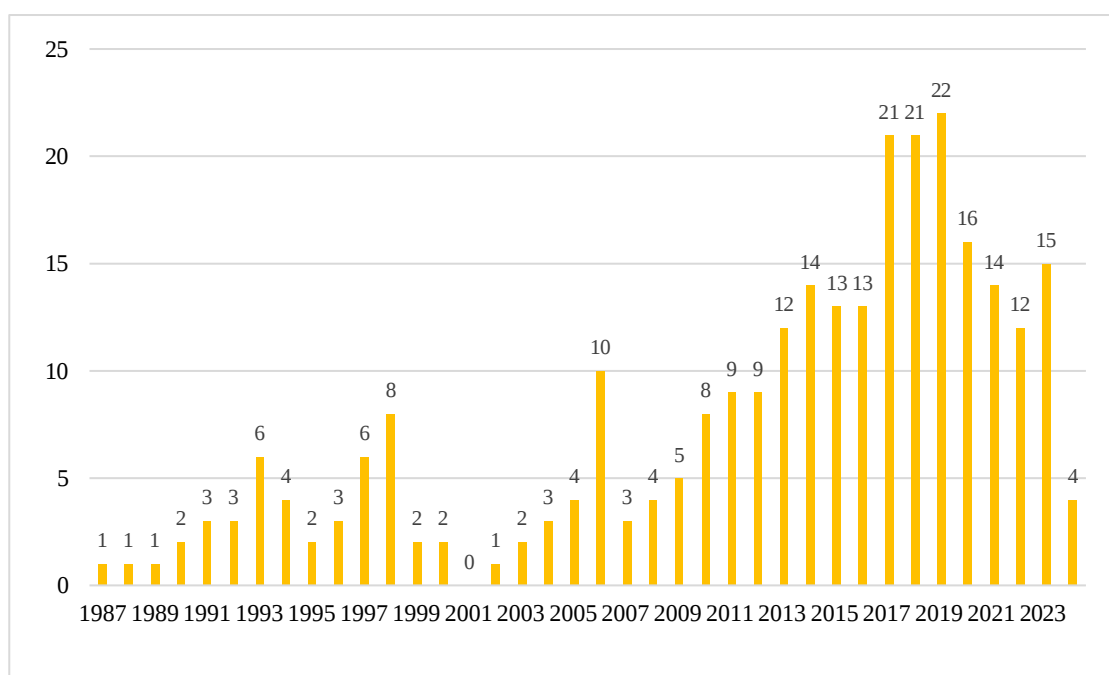
RESULTADOS E DISCUSSÃO

Indicadores de produtividade e influência da produção científica sobre a correlação APS e gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS

A aplicação da expressão de busca citada na metodologia localizou 327 registros na Scopus. Após o refinamento, 279 documentos se qualificaram para o processamento pelo programa VOSviewer®, sendo em inglês (n=269), em português (n=8) e em espanhol (=7). Cinco artigos foram publicados em dois idiomas.

A distribuição da produtividade anual oscilou de um a dez textos até o ano de 2013, que respondeu por 12 documentos. Os anos mais produtivos foram 2017 (n=21), 2018 (n=21) e 2019 (n=22). O Gráfico 1 discrimina a quantidade de artigos publicados anualmente.

Gráfico 1 – Produtividade anual de artigos na interface APS e gestante e puérperas com HIV/AIDS



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

O artigo mais antigo é uma produção institucional dos Estados Unidos, que resumiu as disposições legais de cobertura dos serviços destinados às pessoas em situação de pobreza. Dentre seus assuntos, disciplinou a assistência prestada pelas parteiras-enfermeiras e a atenção às crianças com HIV/AIDS em lares adotivos (UNITED STATES, 1987). Essa evidência sinaliza para a preocupação com o cuidado obstétrico e infantil para as populações vulneráveis acometidas pelo HIV/AIDS desde os anos iniciais da pandemia.

O interesse científico pelo cuidado às gestantes e puérperas na APS é interdisciplinar e mundial. Apesar da simultaneidade na classificação das pesquisas, elucidou-se que foram inscritas em 14 diferentes subáreas, a maioria na Medicina (n=256), nas Ciências Sociais (n=24), na Imunologia e Microbiologia (n=23), na Psicologia (n=18) e na Enfermagem (n=15).

Na Medicina e da Imunologia e Microbiologia, um estudo focalizou em 34.054 puérperas com filhos de 4 a 16 semanas atendidas na APS de Burkina Faso e Zâmbia, países africanos, na terapia antirretroviral (TARV) e no controle da carga viral. A TARV sobressaiu-se como o principal responsável pelo controle bem-sucedido da carga viral e pela prevenção da transmissão vertical (TASSEMBEDO *et al.*, 2022).

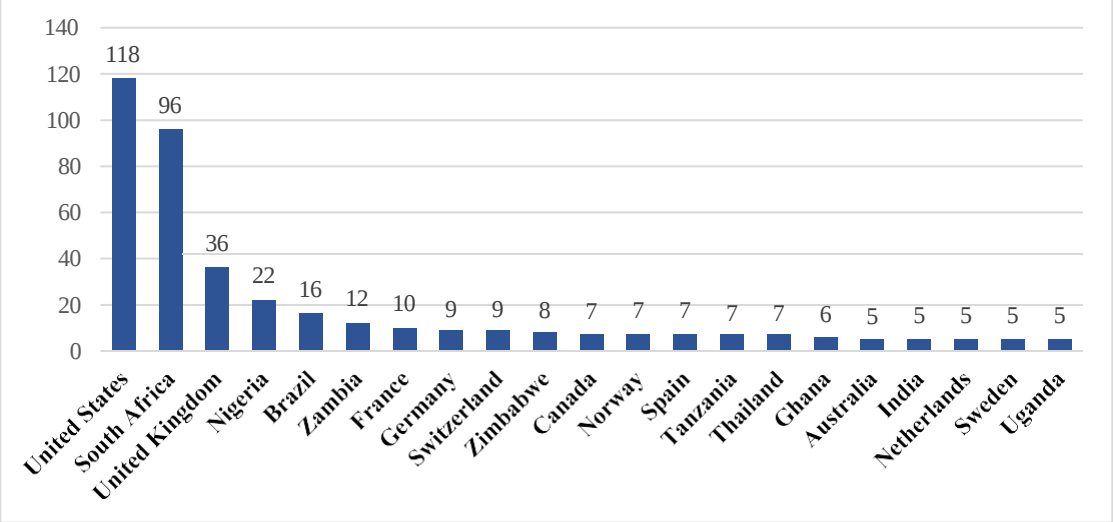
Na junção da Medicina com as Ciências Sociais, Pilecco *et al.* (2024) investigaram, entre as imigrantes africanas que vivem na França e eram atendidas nas unidades de saúde da região metropolitana de Paris, se o HIV está associado ao aborto induzido. O número de abortos provocados foi maior no grupo com HIV (14,1% em comparação a 11,0%), mas não se comprovou uma associação estatisticamente significativa entre viver com o HIV e realizar o aborto. No entanto, o estudo identificou a existência de outros fatores, como os de ordem subjetiva, familiar e social, capazes de influenciar a tomada de decisão reprodutiva pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS.

Uma pesquisa na área da Enfermagem, com puérperas negras usuárias da APS, que vivem com HIV na Flórida, Estados Unidos, identificou que as mulheres mais engajadas com a própria saúde ao nível primário que haviam entrado precocemente na APS apresentaram menor carga viral e melhor adequação nos cuidados pré-natais (OJUKWU *et al.*, 2023).

Os resultados de Ojukwu *et al.* (2023) corroboram os de Pilecco *et al.* (2024), haja vista que determinantes sociais, como ausência de abuso por parceiro íntimo, apoio familiar e disponibilidade de seguro saúde, contribuem para a adesão das mulheres ao cuidado de si mesmas e de suas gestações (OJUKWU *et al.*, 2023). Profissionais que prestam cuidados às mulheres que vivem com HIV/AIDS devem considerar os contextos mais amplos, inclusive os aspectos subjetivos e domiciliares, porque esses podem repercutir na adesão ao tratamento. O abuso por parceiros íntimos, a falta de suporte familiar e a dificuldade em obter assistência à saúde são passíveis de prejudicar a tomada de decisão e, conseqüentemente, fragmentar o IT.

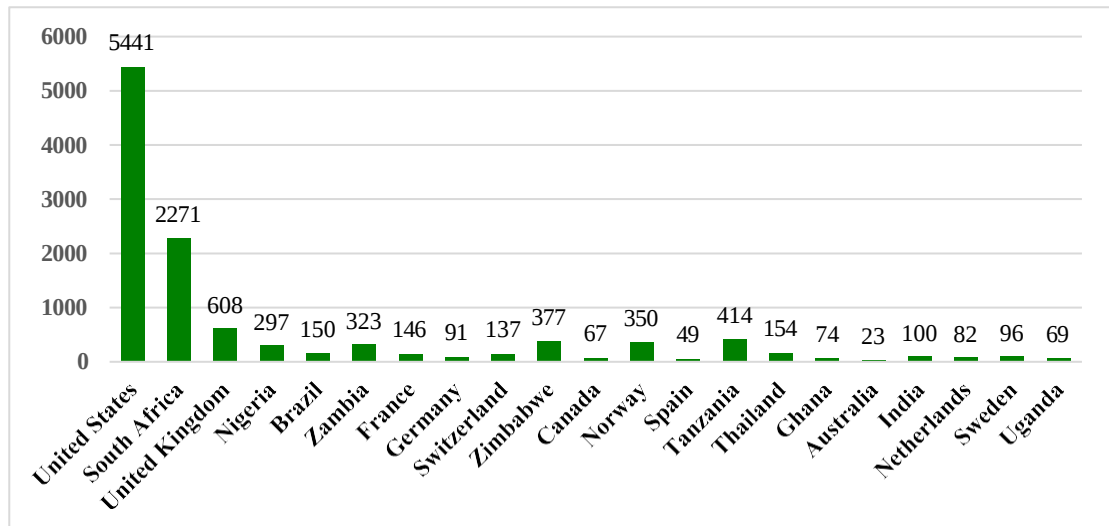
A produtividade e as citações dos artigos por países de vinculação dos estudos podem ser apreciadas nos Gráficos 2 e 3.

Gráfico 2 – Número de artigos por país



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Gráfico 3 – Número de citações obtidas pelos país na base de dados Scopus



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Da junção dos Gráficos 2 e 3, extrai-se que os Estados Unidos, na Scopus, possuem o maior número de artigos ($n=118$) como também de citações ($n=5.441$). Em segunda posição, está a África do Sul com 96 artigos e 2.271 citações. Em terceiro lugar, consta o Reino Unido, com 36 artigos e 608 citações. O Brasil é o quinto da lista, com 16 artigos e 150 citações.

O cálculo da proporção de citações/publicações revelou as seguintes métricas: Estados Unidos com 46,11 citações/artigo, África do Sul com 23,65 citações/artigo, Reino Unido com 16,88 citações/artigo e Brasil com 9,37 citações/artigo.

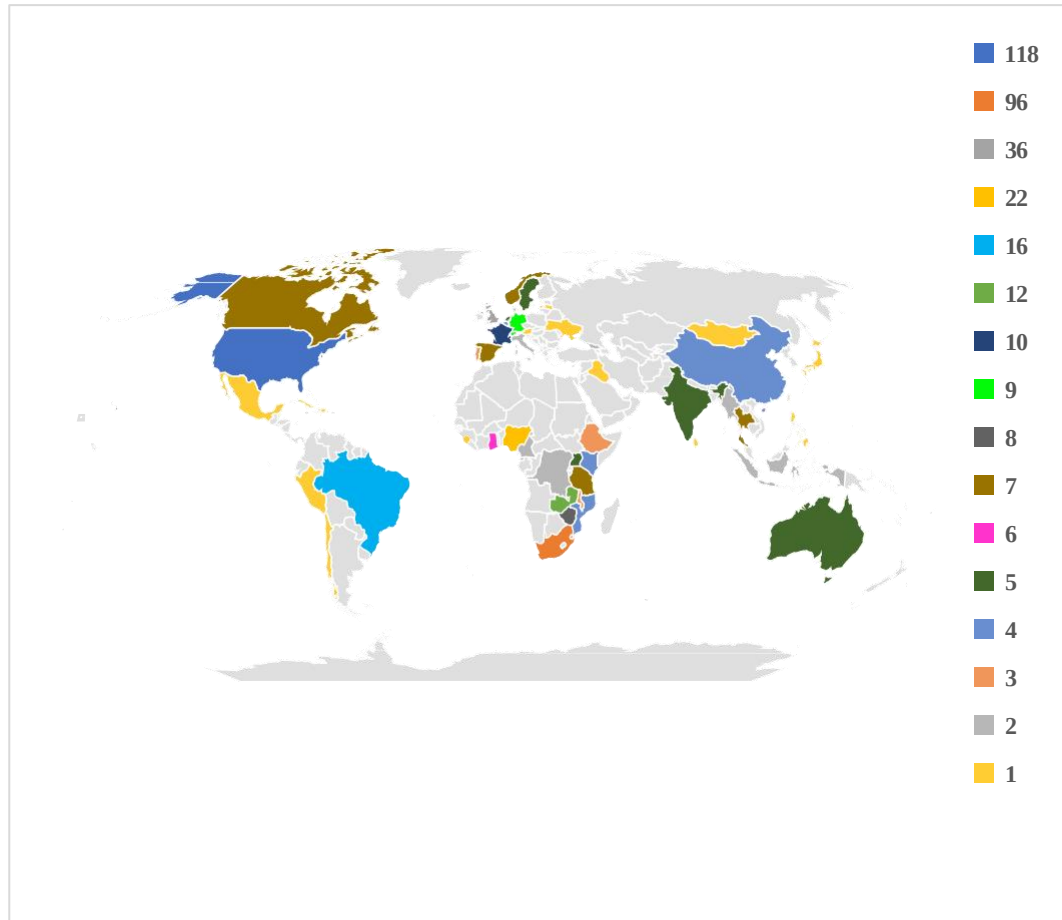
As citações que uma dada produção científica recebe refletem a influência dos documentos e seus autores em meio à comunidade científica (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2023), entretanto as métricas modestas dos estudos brasileiros nas bases internacionais são uma realidade que precisa ser superada. Essa situação não é exclusiva da área da saúde, mas é uma questão interdisciplinar (FIALHO; NEVES; OLIVA, 2024; NEVES; ASSIS; ARAGÃO, 2023), remetendo a uma certa dificuldade dos pesquisadores do Brasil em fazer circular suas produções no exterior.

O artigo mais citado foi o de Branson *et al.* (2006), que, somente na Scopus, em 2 de julho de 2024, contava com 2.745 citações. Nessa mesma data, no Google Acadêmico, que é uma ferramenta mais ampla, esse texto colecionava a expressiva monta de 3.058 citações. O teor desse documento contém recomendações emitidas pelo Centers for Disease Control and Prevention (CDC) para a testagem do HIV nos usuários dos serviços de saúde em geral.

A distribuição geográfica e a rede de colaboração dos países de afiliação dos autores responsáveis pela produção científica analisada

Os 279 artigos foram produzidos por autores de 53 países diferentes. Para identificar e entender a distribuição geográfica dos principais países que pesquisaram sobre HIV/AIDS em gestantes e puérperas e publicaram em periódicos indexados na Scopus, o número de artigos foi alocado no mapa elaborado na planilha Excel. No Gráfico 4, a legenda discerne, por cores, o quantitativo de artigos de cada país.

Gráfico 4 – Países que publicaram sobre a APS e o HIV/AIDS em gestantes e puérperas (1987-2024)



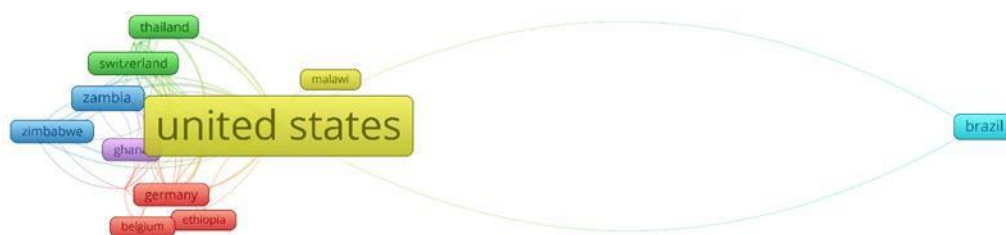
Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Não obstante a pulverização do interesse nas pesquisas sobre a atenção às mulheres com HIV/AIDS no primeiro nível de atenção em todos os continentes, há vazios regionais na América do Sul, na África, na Europa e na Ásia.

Embora os dados deste estudo sejam limitados à base de dados Scopus, é possível que a estratégia de busca, principalmente no que se refere ao termo “atenção primária” e seus sinônimos, devido à variabilidade de nomenclatura utilizada no mundo, não tenha alcançado a produção do primeiro nível de atenção nos países que não foram assinalados no gráfico. Tendo como exemplo a Europa, as unidades do primeiro nível de atenção não são necessariamente designadas de APS, ainda que esteja em curso uma tendência de reformas para a universalidade da assistência à saúde, como o que ocorre na Inglaterra e na Espanha, em que os investimentos públicos na saúde são superiores aos do Brasil. Nos países europeus, existem outros modelos assistenciais que cumprem algumas das funções determinadas para a APS brasileira, como os seguros social e doença (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2015), que são destinados ao primeiro nível de atenção, mas não são denominados “atenção primária” nem “atenção básica”. Logo, considera-se este estudo relevante para a compreensão da relação APS e HIV/AIDS em gestantes e puérperas, dado o expressivo número dos 279 estudos que se classificaram para a síntese das evidências.

Os países que possuíam a partir de três artigos foram recrutados para a composição da rede de coautoria. Desse modo, 29 países se agruparam em seis *clusters* identificados por cores distintas, conforme a Figura 1.

Figura 1 – Rede de coautoria de países com três ou mais artigos



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

Nas redes elaboradas pelo VOSviewer®, o tamanho dos itens (retângulos que representam os países) é diretamente proporcional ao número de artigos. O item “Estados Unidos”, destacado na cor amarela, possui maior dimensão porque é o país com a maior quantidade de artigos (n=118).

As linhas entre os itens representam as ligações que estabeleceram seus pesquisadores na feitura das pesquisas resultantes dos artigos analisados; quanto mais próximos forem, maior familiaridade temática possui (ECK; WALTMAN, 2022). Essas noções se aplicam aos *clusters* de quaisquer itens: autores, palavras-chave e outros.

O *cluster* 1 (cor vermelha) reuniu “Austrália”, “Bélgica”, “Etiópia”, “Alemanha”, “Moçambique” e “Suécia”. Meggi *et al.* (2021), na parceria Moçambique e Alemanha, preocupados com a escassez de recursos nas UBS da África, validaram um teste plasmático de aferição da carga viral em mulheres no pré-natal e pós-parto. Os exames foram realizados por enfermeiras treinadas e os resultados, quando comparados aos laboratoriais convencionais, foram satisfatórios e confiáveis.

No *cluster* 2 (cor verde) congregaram-se “China”, “Índia”, “Tailândia”, “Uganda”, “Suazilândia” e “Suíça”. Geldsetzer *et al.* (2020), numa rede de colaboração formada com Suazilândia, Suíça, África do Sul, Estados Unidos e Alemanha, perceberam que, na Suazilândia, a profilaxia pós-exposição ao HIV tem sido destinada principalmente para grupos prioritários, como grávidas e profissionais do sexo, e propuseram a ampliação, através das UBS, para a população em geral.

O *cluster* 3 (cor azul-escuro) agregou “França”, “Quênia”, “Noruega”, “Tanzânia”, “Zâmbia” e “Zimbábue”. Autores do Zimbábue, Estados Unidos, França e Suíça, ao estudarem os padrões de frequência das grávidas e lactantes do Zimbábue à TARV atendidas nas unidades de APS, constataram que as mulheres mais jovens, recém-diagnosticadas com HIV e/ou que se apresentaram pela primeira vez ao atendimento pré-natal no terceiro trimestre, tiveram maior probabilidade de abandonar o acompanhamento (ERLWANGER *et al.*, 2017). Ntombela *et al.* (2022) e Tassembedo *et al.* (2022) encontraram resultados semelhantes no que concerne ao baixo comprometimento de mulheres jovens com a adesão à TARV. Isso assinala que não se trata de uma evidência pontual, cabendo aos profissionais da APS e de outros serviços tentar identificar as barreiras relacionadas à variável faixa etária, de modo a evitá-las.

O *cluster* 4 (cor amarela) integrou “Canadá”, “Malawi”, “África do Sul”, “Reino Unido” e “Estados Unidos”. Pesquisadores da África do Sul, Estados Unidos e Canadá determinaram a prevalência de HIV, o progresso das medidas de atenção em relação aos indicadores da Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids (UNAIDS) e os fatores relacionados à supressão viral em adolescentes sul-africanas grávidas que vivem com HIV e são assistidas nas

unidades de atenção primária. Os valores estiveram abaixo das metas da UNAIDS para o controle da pandemia. Mulheres jovens (14-19 anos) têm menos probabilidade de alcançar a supressão viral e apresentam baixo nível de conhecimento a respeito do problema. Isso implica maior risco para a transmissão viral vertical e sexual (NTOMBELA *et al.*, 2022), ratificando as inferências já mencionadas de que os profissionais da saúde devem ser sensíveis a essas questões, procurar identificar e suprimir as possíveis lacunas.

O *cluster 5* (cor lilás) foi formado por “Gana”, “Nigéria” e “Países Baixos”. Com base na elevada prevalência da HIV e sífilis em mulheres em idade fértil na África do Sul, Kularatne *et al.* (2024), em uma larga coautoria entre Bélgica, África do Sul, Zâmbia, Gana, Estados Unidos, Itália, Reino Unido e Tajiquistão, avaliaram o desempenho de testes duplos para a detecção de HIV e sífilis em centros de cuidados primários. Entenderam os autores que os profissionais da APS atuaram com eficiência na realização dos testes e esse método de testagem é viável para aumentar a cobertura do rastreio dessas infecções sexuais transmissíveis (IST) no pré-natal e evitar a transmissão vertical, sobretudo nas regiões carentes de recursos médicos.

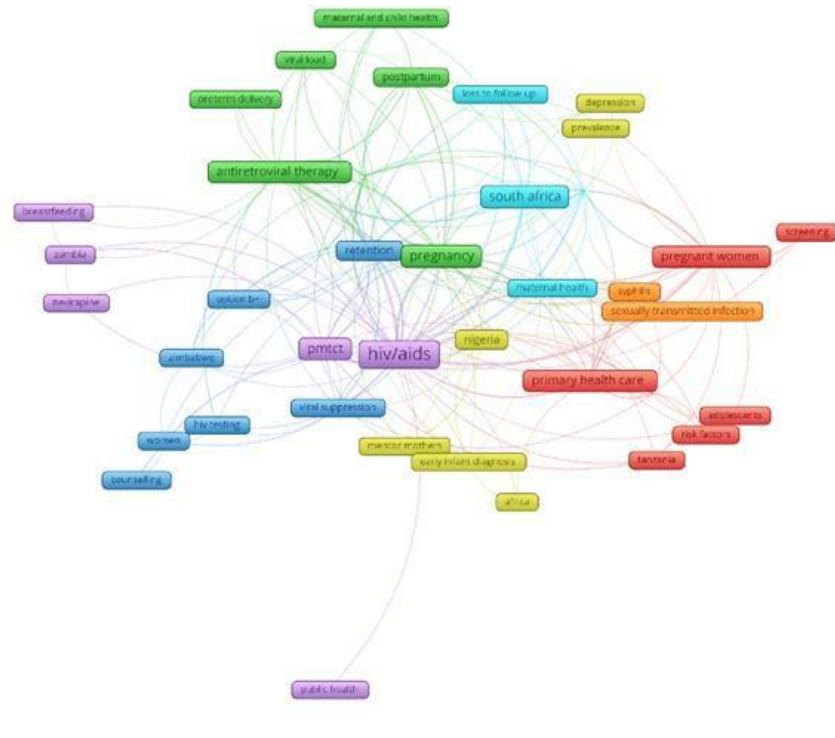
O *cluster 6* (cor azul-clara), na extremidade direita da imagem, reuniu “Brasil”, “Portugal” e “Espanha”. Um estudo ecológico conduzido por cientistas do Brasil e de Portugal, que avaliou o acesso e a qualidade da atenção básica no pré-natal e na testagem para HIV e sífilis em 5.211 cidades brasileiras, identificou falhas no diagnóstico das infecções por HIV e sífilis, bem como deficiências na atenção à saúde materno-infantil. Em específico, a taxa de cobertura de teste de HIV foi de 94,8%. As mulheres não testadas eram, na maioria, não brancas, com menos de oito anos de escolaridade e dependentes de auxílios governamentais para a subsistência. Em relação aos testes para a detecção da sífilis, os dados foram piores, tão somente 87,5% de cobertura (FREITAS *et al.*, 2019).

Esses dados sugerem que as desigualdades estruturais na sociedade brasileira têm influenciado negativamente o cuidado das mulheres na APS. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais da saúde e formuladores das políticas públicas considerem os múltiplos determinantes sociais dos grupos vulneráveis e enfrentem a problemática por meio de ações coordenadas a nível institucional, profissional e social.

A síntese das evidências em categorias temáticas a partir da rede de palavras-chave atribuídas pelos autores da produção analisada

Para a formação da rede de palavras-chave, foi determinado o critério de no mínimo três palavras-chave atribuídas pelos autores para indicar os assuntos abordados nos 279 artigos. De um total de 501 palavras-chave, 39 formaram a rede da Figura 2.

Figura 2 – Rede de coocorrências de palavras-chave



Fonte: Dados da pesquisa (2024).

As 39 palavras-chave, ao compor sete *clusters*, nos quais as cores iguais indicam semelhança temática entre os artigos, viabilizou a identificação de sete categorias temáticas.

O *cluster* 1 (cor vermelha) agregou sete diferentes palavras-chave: “adolescentes” (n=3), “gestantes” (n=20), “cuidados pré-natais” (n=8), “atenção primária à saúde” (n=15), “fatores de risco” (n=4), “rastreamento” (n=3) e “Tanzânia” (n=3) e designou a categoria “**A APS na gestação durante a adolescência**”. Os estudos deste *cluster* advertem sobre os fatores de risco peculiares à gestação na adolescência, a qual, quando associada ao HIV, torna esse período mais complexo. Dessa forma, é necessário que, no pré-natal das adolescentes, os profissionais estejam atentos para a testagem do HIV e para os determinantes específicos a tal faixa etária.

Sobre os determinantes sociais, tendo como paradigma países empobrecidos, o estudo de Laurenzi *et al.* (2023) revelou que, na África Subsaariana, a taxa de adolescentes grávidas, na faixa dos 10 aos 19 anos, está em crescimento. Na contramão da dignidade da mulher, os autores apontam uma série de riscos atinentes a essa questão, incluindo discriminação, maus-tratos e aumento das IST, o que é agravado devido às omissões políticas e normativas. Em particular, várias leis africanas negam a autonomia para as menores grávidas acessarem os serviços de saúde sozinhas, apesar de exigirem das adolescentes as mesmas responsabilidades requeridas dos adultos. Disso decorre o maior risco de novas gestações não planejadas e do contágio pelo HIV ou por outras IST.

Na Namíbia, África, a queda na utilização do pré-natal conduziu Amungulu, Nghitanwa e Mbapaha (2023) a investigarem quais eram os fatores intervenientes na adesão aos cuidados pré-natais. Entre as causas da pouca procura pelo pré-natal estavam: atitudes dos profissionais consideradas pelas mulheres como negativas ao acolhimento, falta de recursos financeiros para custear a ida até as unidades de saúde situadas a longa distância das residências, ausência de vínculo conjugal e medo de receber um resultado positivo para o HIV.

A variável idade foi concordante com outros estudos (NTOMBELA *et al.*; 2022; Tassembedo *et al.*, 2022). Em outros termos, as mulheres mais velhas são mais assíduas ao pré-natal do que as mais jovens (AMUNGULU; NGHITANWA; MBAPAHA, 2023).

Garantir uma boa saúde materno-infantil, ser esclarecida acerca da importância do pré-natal, possuir melhor conhecimento sobre o processo saúde-doença e monitorar o desenvolvimento fetal figuraram entre os motivadores da adesão e assiduidade ao pré-natal (Amungulu; Nghitanwa; Mbapaha, 2023). Para o problema da interdição das adolescentes grávidas aos serviços de saúde, Laurenzi *et al.* (2023) recomendam reformulações política e legislativa mais profundas e alinhadas à dignidade humana.

O *cluster* 2 (cor verde) colecionou os itens: “aderência” (n=12), “terapia antirretroviral” (n=20), “puerpério” (n=9), “gestação” (n=26), “parto prematuro” (n=3) e “carga viral” (n=3) e orientou a categoria “**Adesão à TARV**”, em que seus estudos se debruçaram sobre as repercussões sobre a carga viral e a saúde materno-fetal em decorrência da não aderência à TARV na gestação e no puerpério.

Na zona rural da África do Sul, a não supressão da carga viral (carga viral superior a 1.000 cópias/mL) em grávidas e puérperas abaixo de 30 anos atendidas em centros de saúde pública e em TARV é considerado elevado, com uma prevalência de 14,7% (IC 95%: 11,3% a 19,0%). Apenas 85,3% dessas mulheres apresentaram carga viral com menos de 1.000 cópias/ml. A não supressão foi maior nas mais jovens, com menos de 25 anos, e com diagnóstico recente, cujos companheiros eram soropositivos ou que desconheciam o *status* sorológico dos seus parceiros (NGANDU *et al.*, 2022).

Essa não é uma realidade restrita à África do Sul, outros países africanos padecem de deficiências que contribuem para a transmissão vertical (NGANDU *et al.*, 2022), mas, a partir do reconhecimento das dificuldades, é que se pode elaborar e implementar estratégias condizentes com as especificidades locais.

O *cluster* 3 (cor azul-escura), ao agregar os termos “aconselhamento” (n=3), “teste HIV” (n=5), “opção B+” (n=4), “retenção” (n=13), “supressão viral” (n=4), “mulher” (n=3) e “Zimbábue” (n=3), indicou a categoria “**A APS no rastreio do HIV/AIDS**”, que congrega os estudos que se dedicaram à testagem para o HIV na APS. Neste *cluster* o termo “opção B+” indica a estratégia da Organização Mundial de Saúde (OMS) “testar e tratar”, ou seja, além do teste em gestantes, para as que vivem com HIV/AIDS, ofertar continuamente a TARV e fornecer a profilaxia para seus bebês (TASSEMBEDO *et al.*, 2022).

A despeito da importância das UBS e dos serviços de atenção secundária e terciária no diagnóstico e no tratamento do HIV/AIDS, como assinalado na introdução deste texto, certas fragilidades ainda carecem de resolução. Em Juiz de Fora, Minas Gerais, 25% das mulheres não foram testadas como preconiza o Ministério da Saúde. O atraso no início do pré-natal ou a sua descontinuidade foram os principais motivos da testagem menor do que a recomendada. Em relação aos determinantes sociais, mulheres mais jovens, com histórico de prematuridade ou múltiparas, foram menos assíduas ao pré-natal (FAVA *et al.*, 2023).

Na verdade, em todo o Brasil, em maior ou menor grau, persistem as lacunas na cobertura do pré-natal e na qualidade da assistência na gestação, parto e puerpério (FAVA *et al.*, 2023). Por outro prisma, esforços das equipes vinculadas à APS têm surtido efeitos promissores. Nas áreas remotas da Amazônia brasileira, profissionais de saúde foram capacitados para rastrear o HIV e a sífilis nas populações indígenas através da realização de testes rápidos. No total, testaram 45.967 indígenas e obtiveram melhores índices na detecção desses agravos em gestantes (BENZAKEN *et al.*, 2017). Essa atitude demonstra que a educação permanente em saúde, isto é, a capacitação profissional incorporada ao cotidiano do trabalho voltada para as particularidades locais e para as demandas da população, contribui com a qualidade dos serviços em qualquer nível do sistema de saúde.

O *cluster* 4 (cor amarela), com seis itens: “África” (n=3), “depressão” (n=3), “diagnóstico infantil precoce” (n=4), “mães mentoras” (n=3), “Nigéria” (n=10) e “prevalência” (n=3), remeteu à categoria “**Repercussões do risco de transmissão vertical**”. Os estudos desta categoria abordam a transmissão vertical do HIV tanto da perspectiva da saúde emocional e

mental das gestantes e puérperas como da perspectiva da ótica do risco do contágio infantil, propondo estratégias para alcançar melhores índices em relação à transmissão vertical.

Na Botswana, África, a testagem do HIV em gestantes e em bebês expostos bem como a TARV em gestantes são precárias. Apenas 56% delas realizaram a testagem no primeiro trimestre de gestação da criança-índice (KARUGABA *et al.*, 2022b). Na Nigéria, esses resultados se repetem, com os piores indicadores na zona rural (SAM-AGUDU *et al.*, 2017).

Os fatores que majoram esse desafio global são extensos a nível individual, interpessoal, comunitário, institucional e político. No que concerne às questões políticas, a ausência da anuência dos genitores das crianças ou responsáveis masculinos é um grande empecilho em Botswana, haja vista que as leis locais negam às mulheres a capacidade para autorizar a testagem em seus filhos⁸. Já o medo do estigma e da discriminação na comunidade onde residem ou trabalham e nas unidades de saúde que frequentam integram o rol dos aspectos comunitários (KARUGABA *et al.*, 2022a). Ao se comparar essa situação peculiar do país africano com o Brasil, exceto a questão legal, que no Brasil é favorável ao bem-estar da criança, há semelhança em relação aos fatores comunitários.

Akinsolu *et al.* (2023), ao investigarem a prevalência de fatores associados à depressão e ao estresse em 402 puérperas nigerianas, na faixa etária de 19 a 49 anos, e com HIV, encontraram 63,9% de depressão e 79,9% de estresse. Em meio àquelas com depressão, 3,9% experienciam frequentemente pensamento suicida. Os testes estatísticos indicaram maior probabilidade de desenvolver depressão e estresse nas mulheres com baixa renda e naquelas que tiveram complicações em gestações prévias.

Diante do sub-diagnóstico infantil precoce na zonal rural da Nigéria, Sam-Agudu *et al.* (2017) apresentaram os resultados de um programa com mães mentoras na APS. Em linhas gerais, esse programa consistiu em designar mulheres da comunidade com experiência prévia para apoiar outras mães com HIV a apresentarem oportunamente seus filhos às unidades de saúde para o seguimento preventivo da transmissão vertical, o que resultou em uma melhora de 30% no seguimento pós-natal das crianças.

O *cluster* 5 (cor lilás) congregou “amamentação” (n=3), “HIV/AIDS” (n=82), “Nevirapina” (n=3), “transmissão vertical” (n=25), “Saúde pública” (n=5) e “Zâmbia” (n=5) e recomendou a categoria “**Amamentação e transmissão vertical**”, na qual discutem, no contexto da saúde pública, as medidas preventivas da transmissão vertical, dentre elas, o uso de antirretrovirais orais, como a Nevirapina, e, em alguns países, a interrupção da amamentação.

Diferentemente do Brasil, que contraindica a amamentação por mulheres que vivem com HIV, ainda que estejam com carga viral indetectável e em TARV regularmente (Brasil, 2023), na África nem sempre a amamentação é interrompida. Em Botswana, Karugaba *et al.* (2022b) encontraram 20,4% dos filhos de mães com HIV em amamentação. Na Zâmbia e Burkina Faso, crianças com alto risco para a transmissão vertical e que continuam em aleitamento materno recebem profilaxia ampliada para 12 meses e monitoramento intensificado (TASSEMBEDO *et al.*, 2022).

No Canadá, recomenda-se a alimentação com fórmula láctea, mas, se a mulher optar por amamentar, a vigilância e a profilaxia para a criança devem ser reforçadas (ATKINSON *et al.*, 2024).

No Brasil, crianças expostas ao HIV não isentam a APS do cuidado compartilhado, devendo, até a definição diagnóstica, ser acompanhadas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em associação com sua UBS de referência (Brasil, 2023).

O *cluster* 6 (cor azul-clara), com quatro palavras-chave: “cuidados pré-natais” (n=14), “acompanhamento” (n=3), “saúde materna” (n=3) e “África do Sul”, sugestionou a

⁸ Em Botswana, somente a partir dos 16 anos a criança pode autorizar o próprio teste, abaixo dessa idade exige a permissão do pai ou responsável (tutor legal). A ausência desse consentimento poderá ser suprida pela determinação médica, ainda assim configura-se uma barreira na testagem de crianças (Karugaba *et al.*, 2022b).

categoria “**Pré-natal na APS e HIV/AIDS**”. Os estudos dos quais originaram os termos alocados neste *cluster* revelam que as equipes que realizam o pré-natal na APS devem ter em mente que os reflexos das condições de saúde materna direcionam-se para a criança. Nesse sentido, ainda que a situação seja desafiadora em termos de capacidade resolutiva nas UBS, o cuidado integral à saúde da mulher é deveras significativo para o bem-estar materno-infantil, já que não se pode dissociar a atenção do binômio mãe-filho nem fragmentar o acompanhamento.

No Canadá, as diretrizes de cuidado a gestantes vivendo com HIV/AIDS foram atualizadas consoante as particularidades daquele país. No documento, a prevenção da transmissão vertical se posicionou como o principal indicador do êxito do sistema de saúde. As novas prescrições incluíram cuidados multidisciplinares na APS, enquanto a mulher recém-diagnosticada com HIV aguardava as consultas com os especialistas (ATKINSON *et al.*, 2024). Tais evidências indicam que, ainda que os casos sejam complexos, não basta a APS simplesmente encaminhar para os serviços de maior capacidade tecnológica; a depender das singularidades de cada mulher, é possível que as equipes das UBS intervenham mais efetivamente para evitar o retardo ou a descontinuidade do tratamento e as consequências para a criança.

O *cluster* 7 (cor laranja), com dois itens: “infecções sexualmente transmissíveis” (n=6) e “sífilis” (n=3), indicou a categoria “**Relação HIV e sífilis**”. Seus estudos representativos discutem as repercussões do aumento da incidência da sífilis na saúde materno-infantil e a capacidade das UBS em rastrear esses problemas e contribuir para o controle.

O Ministério da Saúde recomenda a realização de uma triagem dupla para HIV e sífilis no primeiro e no terceiro trimestre de gravidez para evitar a transmissão vertical (FAVA *et al.*, 2022). No entanto, na APS de Manaus, Amazonas, apesar de as 38 unidades de saúde estarem habilitadas para testar gestantes para HIV, sífilis e hepatites B e C, 34,2% (n=13) das mulheres não foram testadas. Faltou padronização no processo de trabalho e o preenchimento documental foi incompleto. Outras localidades do Brasil também apresentaram precariedade na integralidade do cuidado ao nível de APS (LOBO *et al.*, 2019). Inobstante a função social exercida pelos componentes da APS, avaliações operacionais para precisar onde estão as falhas podem favorecer a reformulação das práticas profissionais e o fortalecimento dos processos de trabalho.

A organização dos serviços de saúde é substancial para a efetividade do controle do HIV e da sífilis, o que evita a morbimortalidade materno e infantil (FREITAS *et al.*, 2019). Dessa forma, o aumento dos casos de sífilis nos Estados Unidos gerou recomendações para que os médicos de família integrassem uma força-tarefa em saúde pública no intuito de ampliar o rastreamento conjunto dessas IST, com a testagem de todas as gestantes na primeira consulta pré-natal (RICCO; WESTBY, 2020). De forma idêntica, no Brasil a prevenção se dá segundo uma estratégia combinada para HIV, IST e hepatites virais, mediante a testagem de todas as gestantes no primeiro acesso ao pré-natal (BRASIL, 2022).

As remissivas à África estiveram presentes em todos os *clusters*. Isso se deve à magnitude do problema nesse continente. Consoante documentado no Relatório Global da UNAIDS (2023), dados relativos ao ano de 2022, no mundo, “46% de todas as novas infecções por HIV ocorreram em mulheres e meninas de todas as idades”. Das novas infecções em mulheres, 77% foram diagnosticadas em adolescentes e jovens de 15 a 24 anos residentes na África Subsaariana. A cada semana, são 4.000 mulheres de 15 a 24 anos infectadas no mundo, sendo 3.100 na África Subsaariana. Não obstante esses números alarmantes, no ano de 2021, apenas 42% dos distritos africanos de maior incidência contavam com programas preventivos de HIV nas mulheres dos 15 aos 24 anos. Assim é possível inferir que os pesquisadores estão interessados em compreender a incidência da pandemia de HIV/AIDS, sua prevenção e seus tratamentos no continente mundialmente mais afetado. As evidências apreendidas na África podem ter aplicabilidade em outros territórios, como o brasileiro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A APS, como porta de entrada para o SUS, faz parte do IT das gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS. Embora existam fragilidades nesse nível de atenção, sob uma perspectiva transdisciplinar, a APS é fundamental para garantir a integralidade do cuidado na prevenção e no tratamento do HIV/AIDS em gestantes, puérperas e seus conceitos.

Este estudo *cientométrico* elucidou, entre seus resultados, que há lacunas regionais na produção científica indexada na base de dados *Scopus* sobre o papel da APS no cuidado das gestantes e puérperas com HIV/AIDS, principalmente na África, na América do Sul e na Ásia.

O interesse pela temática é interdisciplinar, porém predominante no campo da Medicina. A produtividade por país posiciona os Estados Unidos na liderança, com 118 artigos e 5.441 citações. No total, 53 países participaram da produção, dos quais 29 trabalharam em coautoria uns com os outros. O Brasil, com 16 artigos, ocupou a quinta posição, mas com poucas citações (n=150).

Os *clusters* da rede de palavras-chave possibilitaram sistematizar as evidências em sete categorias, apontando que os profissionais da APS não podem desconsiderar os fatores específicos da gestação em adolescentes, os quais, diante de uma sorologia positiva para o HIV, tornam-se mais complexos. Desse modo, devem realizar os encaminhamentos necessários a cada caso e o cuidado compartilhado com os serviços especializados, de maneira a não interromper o IT dessas mulheres.

Muitos estudos demonstram preocupação com a pandemia do HIV/AIDS em países africanos, possivelmente por serem os mais afetados, onde determinantes econômicos, culturais, políticos e legislativos dificultam o atendimento das recomendações da OMS. Não obstante a ênfase dos estudos sobre a África, as falhas no controle da pandemia naquele continente alertam o Brasil a persistir no rastreamento e na prevenção da transmissão do HIV/AIDS, sempre com o engajamento transdisciplinar da APS. Para estudos futuros, recomenda-se replicar esta metodologia em outras bases de dados para comparar os resultados e aprofundar as discussões.

REFERÊNCIAS

AKINSOLU, F. T. *et al.* Depression and perceived stress among perinatal women living with HIV in Nigeria. **Frontiers in Public Health**, [S.l.], vol. 11, 2023.

AMUNGULU, M. E.; NGHITANWA, E. M.; MBAPAHA, C. An investigation of factors affecting the utilization of antenatal care services among women in post-natal wards in two Namibian hospitals in the Khomas region. **Journal of Public Health in Africa**, [S.l.], vol. 14, n.3, 2023.

ATKINSON, Andrea *et al.* Guideline No. 450: Care of Pregnant Women Living with HIV and Interventions to Reduce Perinatal Transmission. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, [S.l.], 2024.

BARBOSA, M. F. N.; EMMENDOERFER, M. L. Políticas públicas: renovações na produção científica internacional. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 13, n. 38, 2023.

BENZAKEN, A. S. *et al.* HIV and syphilis in the context of community vulnerability among indigenous people in the Brazilian Amazon. **International Journal for Equity in Health**, [S.l.], vol. 16, 2017.

BRASIL. **Atualização do Caderno de Atenção Básica 18: HIV/Aids, hepatites virais, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. **Caderno de boas práticas em HIV/AIDS na Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Declaração de Alma Ata sobre cuidados primários**. Alma-Ata, URSS, 12 de setembro de 1978. Publicada em 6 fev. 2002. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2024.

BRASIL. Portaria n.º 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 dez. 2010.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas manejo da infecção pelo HIV em crianças e adolescentes**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.

BRANSON, B. M. *et al.* Revised recommendations for HIV testing of adults, adolescents, and pregnant women in health-care settings. **MMWR recomm Rep**, vol. 55, n. RR-14, 2006.

COSTA, D.; ARAÚJO, G. C. C.; FARIAS, A. L. de. Explorando evidências em publicações que relatam os desafios acerca do ensino à distância para alunos surdos em tempos de Covid-19. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 14, n. 41, 2023.

ECK, J.; WALTMAN, L. **VOSviewer manual**. Leiden: Universiteit Leiden, 2022.

ELSEVIER. **Scopus**: banco de dados de resumos e citações multidisciplinar, abrangente e confiável, 2024. Disponível em: <<https://www.elsevier.com/pt-br/products/scopus>>. Acesso em: 20 jun. 2024.

ERLWANGER, A. S. *et al.* Patterns of HIV care clinic attendance and adherence to antiretroviral therapy among pregnant and breastfeeding women living with HIV in the context of Option B+ in Zimbabwe. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [S.l.], vol. 75, 2017.

FAVA, L. M. G. *et al.* Double screening for syphilis and HIV in pregnant women in a priority municipality for the elimination of vertical transmission in Brazil: incidence, risk factors and spatial analysis. **Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, [S.l.], vol. 117, n. 5, 2023.

FERNANDES, S. *et al.* Assistência em HIV/AIDS na Atenção Básica no Semiárido nordestino. **APS em Revista**, Pampulha, vol. 4, n. 1, 2022.

FIALHO, L. M. F.; NEVES, V. N. S.; OLIVA, M. F. R. Políticas públicas para o Ensino Superior: a produção científica brasileira em circulação internacional. **Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação**, Rio de Janeiro, vol. 32, n. 122, 2024.

FREITAS, C. H. S. M. *et al.* Factors associated with prenatal care and HIV and syphilis testing during pregnancy in primary health care. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 53, 2019.

GELDSETZER, P. *et al.* A stepped-wedge randomized trial and qualitative survey of HIV pre-exposure prophylaxis uptake in the Eswatini population. **Science Translational Medicine**, [S.l.], vol. 12, n. 562, 2020.

GIOVANELLA, L.; STEGMÜLLER, K. Tendências de reforma na Atenção Primária à Saúde em países europeus. In: ALMEIDA, Patty Fidelis de; SANTOS, Adriano Mais dos; SOUZA, Mariluce Karla Bonfim dos (org.). **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

GUEDES, Haline Costa dos Santos *et al.* Integralidade na Atenção Primária: análise do discurso acerca da organização da oferta do teste rápido anti-HIV. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, vol. 25, n. 1, 2021.

KARUGABA, G. *et al.* Determinants of health-related quality of life in young adults living with perinatally acquired HIV infection in Botswana. **Southern African Journal of HIV Medicine**, [S.l.] vol. 23, n. 1, 2022a.

KARUGABA, G. *et al.* The barriers and facilitators of HIV-exposed infant testing as perceived by HIV-positive mothers in Botswana: A qualitative study. **Plos One**, vol. 17, n. 8, 2022b.

KULARATNE, R. *et al.* Clinic-based evaluation of point-of-care dual HIV/syphilis rapid diagnostic tests at primary healthcare antenatal facilities in South Africa and Zambia. **BMC Infectious Diseases**, [S.l.], vol. 24, n. suppl. 1, 2024.

LAURENZI, C. A. *et al.* Key normative, legal, and policy considerations for supporting pregnant and postpartum adolescents in high HIV-burden settings: a critical analysis. **Sexual and Reproductive Health Matters**, [S.l.], vol. 31, n. 1, 2023.

LINS, R. A.; ASSEF NETO, R. C. S.; SILVA, C. H.; GUIMARÃES, M. C. S. Coronavírus: um panorama sobre a colaboração científica internacional do Brasil ao longo da história. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 4, 2021.

LOBO, L. C. *et al.* Characterization of the rapid test for HIV/AIDS, syphilis and viral hepatitis in pregnant women. **Mundo da Saúde**, São Paulo, vol. 43, 2019.

MEGGI, B. *et al.* Performance of a true point-of-care assay for HIV-1/2 viral load measurement at antenatal and postpartum services. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [S.l.], vol. 87, n. 1, 2021.

NEVES, V. N. S.; ASSIS, V. D.; ARAGÃO, W. H. Um balanço da produção científica brasileira sobre trabalho docente (2008-2023). **Educação & Formação**, Fortaleza, vol. 8, 2023.

NEVES, V. N. S.; MACHADO, C. J. S. Paulo Freire na produção científica nacional e internacional: uma análise bibliométrica (1973-2022). **Educação**, [S. l.], vol. 49, n. 1, 2024.

NGANDU, N. K. *et al.* HIV viral load non-suppression and associated factors among pregnant and postpartum women in rural northeastern South Africa: a cross-sectional survey. **BMJ Open**, [S. l.], vol. 12, n. 3, 2022.

NOGUEIRA, E. C. T.; OLIVEIRA, E. F. T. Uma aplicação de acoplamento bibliográfico de autores aos estudos métricos da informação no Brasil: base Scopus (2014-2018). **Em Questão**, Porto Alegre, vol. 29, 2023.

NTOMBELA, N. P. *et al.* Viral suppression among pregnant adolescents and women living with HIV in rural KwaZulu-Natal, South Africa: A cross sectional study to assess progress towards UNAIDS indicators and Implications for HIV Epidemic Control. **Reproductive Health**, [S. l.], vol. 19, n. 1, 2022.

OJUKWU, E. N. *et al.* Predictors and social determinants of HIV treatment engagement among post-partum Black women living with HIV in southeastern United States. **Journal of Advanced Nursing**, [S. l.], vol. 79, n. 11, 2023.

PILECCO, Flávia B. *et al.* HIV and induced abortion among migrants from sub-Saharan Africa living in Île-de-France: results of the PARCOURS study. **Journal of Migration and Health**, [S. l.], vol. 10, 2024.

RICCO, J.; WESTBY, A. Syphilis: far from ancient history. **American Family Physician**, [S. l.], vol. 102, n. 2, 2020.

RODRIGUES, L. B. B. *et al.* A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, Bauru, vol. 19, n. 2, 2014.

ROSSATO, T. M.; LOBLER, M. L. Explorando a produção científica sobre geoparques mundiais da UNESCO (2002-2023). **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 19, n. 56, 2024.

SAM-AGUDU, N. A. *et al.* The impact of structured mentor mother programs on presentation for early infant diagnosis testing in rural North-Central Nigeria: a prospective paired cohort study. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, [S. l.], vol. 75, 2017.

SANTOS, H. L. P. C. *et al.* Análise bibliométrica da produção científica brasileira sobre doença de Chagas. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 15, n. 4, 2021.

SANTOS, M. N.; PRADO, N. M. B. L. Cuidado na Atenção Primária à Saúde às mulheres em situação de violência: estudo bibliométrico na Web of Science. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 1, 2024.

SILVA, M. R.; HAYASHI, C. R. M.; HAYASHI, M. C. P. I. Bibliometric and scientometric analyses: challenges for specialists working in the field. **Revista de Ciência da Informação e Documentação**, São Paulo, vol. 2, n. 1, 2011.

SPINAK, Ernesto. Indicadores cienciométricos. **Ciência da Informação**, Brasília, DF, vol. 27, n. 2, 1998. DOI:

TASSEMBEDO, S. *et al.* Evaluation of the prevention of mother-to-child transmission of HIV programs at the second immunization visit in Burkina Faso and Zambia. **AIDS**, [S.l.], n. 38, vol. 6, 2022.

UNAIDS. **The path that ends AIDS**: 2023. UNAIDS Global Aids Update. Disponível em: <https://thepath.unaids.org/wp-content/themes/unaids2023/assets/files/2023_report.pdf>. Acesso em: 11 jul. 2024.

UNITED STATES. Public Law No. 100-203, Omnibus Budget Reconciliation Act of 1987, 22 December 1987. **Annual Review of Population Law**, [S.l.], vol. 14, 1987. Acesso em: 19 maio 2024.

VIERA, G. G. B. *et al.* Clusters comerciais: uma revisão sistemática de literatura. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 16, n. 48, 2023.

WEGNER, R. S. *et al.* “Vamos lá equipe, o meio ambiente precisa de nós! Vocês estão comigo?” Itinerários de pesquisa, cenário e direcionamentos futuros da liderança transformacional ambientalmente específica. **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, Boa Vista, vol. 15, n. 45, 2023.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 26, n. 03, p, 2016.

CAPÍTULO 3

Artigo empírico oriundo da pesquisa de campo publicado pelo Periódico *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. ISSN 1988-7833, qualis periódico quadriênio 2017-2020 classificação A4 em Saúde Coletiva (Oliveira *et al.*, 2024).

O comprovante de submissão está no anexo C. Manteve-se a formatação original do artigo, conforme regras do citado periódico.

Produto 2: Artigo original

Tecendo caminhos de cuidado: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS

Weaving paths of care: the encounter of lives and comprehensive health in the journey with HIV/AIDS

Tejiendo caminos de cuidado: el encuentro de vidas y la salud integral en la jornada con el VIH/SIDA

DOI: 10.55905/revconv.XXn.X-

Originals received: 01/18/2024

Acceptance for publication: 02/21/2024

Raissa Bastos Oliveira

Mestranda em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Endereço: João Pessoa – Paraíba, Brasil

E-mail: raissabo.rbo@gmail.com

Eduardo Sérgio Soares Sousa

Doutor em Ciências da Saúde e em Sociologia

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Endereço: João Pessoa – Paraíba, Brasil

E-mail: esergiosousa@uol.com.br

Rilva Lopes de Sousa Munõz

Doutora em Farmacologia

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Endereço: João Pessoa – Paraíba, Brasil

E-mail: rivalmunoz@gmail.com

Flávia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira

Mestranda em Saúde Coletiva

Instituição: Universidade Federal da Paraíba

Endereço: João Pessoa – Paraíba, Brasil
E-mail: flavianogueira1209@gmail.com

Adriel Vitor Sabino da Costa Neves
Graduando em Medicina
Instituição: Universidade Federal da Paraíba
Endereço: João Pessoa – Paraíba, Brasil
E-mail: adrielsabino.med@gmail.com

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é fundamental para a integralidade do itinerário terapêutico das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Objetivou-se compreender o itinerário terapêutico de gestantes e puérperas com HIV/AIDS acompanhadas nas Unidades Básicas de Saúde. Trata-se de uma pesquisa de campo, descritiva-transversal e de abordagem qualitativa, que empregou a história oral temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética mediante o parecer n.º 6.302.421. A coleta de dados foi realizada por meio de questionário sociodemográfico, diário de campo e entrevistas semiestruturadas aplicadas a oito gestantes e duas puérperas atendidas nas Unidades Básicas de Saúde da região metropolitana de João Pessoa, Paraíba, no período de setembro de 2023 a março de 2024. O programa IRaMuTeQ apoiou a análise das entrevistas transcritas. O *corpus* apresentou 14.585 palavras e alcançou um aproveitamento de 77,33% segmentos de texto na classificação hierárquica descendente. Emergiram cinco categorias: “perspectivas familiares”, “religiosidade”, “relacionamento afetivo sexual”, “diagnóstico” e “especificidades do itinerário terapêutico”. Constatou-se que a Atenção Primária à Saúde é essencial para a integralidade do itinerário terapêutico das mulheres com HIV/AIDS e para o alcance das metas de diagnóstico, tratamento e supressão de carga viral. A efetividade da atenção à saúde requer que os profissionais envolvidos considerem a influência dos determinantes sociais relacionados ao HIV/AIDS nos períodos gestacional e puerperal.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, assistência integral à saúde da mulher, HIV, itinerário terapêutico.

ABSTRACT

Primary Health Care is fundamental for the integrality of the therapeutic itinerary of people living with HIV/AIDS. The objective was to understand the therapeutic itinerary of pregnant and postpartum women with HIV/AIDS monitored in Basic Health Units. This is a descriptive-cross-sectional field research with a qualitative approach, employing thematic oral history. The study was approved by the Ethics Committee under opinion no. 6,302,421. Data collection was carried out through a sociodemographic questionnaire, field diary, and semi-structured interviews applied to eight pregnant women and two postpartum women attended in the Basic Health Units of the metropolitan region of João Pessoa, Paraíba, from October 2023 to March 2024. The IRaMuTeQ program supported the analysis of the transcribed interviews. The corpus presented 14,585 words and achieved a 77.33% utilization of text segments in the descending hierarchical classification. Five categories emerged: "family perspectives," "religiosity," "affective-sexual relationships," "diagnosis" and "specifics of the therapeutic itinerary." It was found that Primary Health Care is essential for the integrality of the therapeutic itinerary of women with HIV/AIDS and for achieving the goals of diagnosis, treatment, and viral load suppression. The effectiveness of health care requires that the professionals involved consider the influence of social determinants related to HIV/AIDS during pregnancy and the postpartum period.

Keywords: Primary health care, comprehensive women's health care, HIV, therapeutic itinerary.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud es fundamental para la integralidad del itinerario terapéutico de las personas que viven con VIH/SIDA. Se tuvo como objetivo comprender el itinerario terapéutico de gestantes y púerperas con VIH/SIDA atendidas en las Unidades Básicas de Salud. Se trata de una investigación de campo, descriptiva-transversal y de enfoque cualitativo, que utilizó la historia oral temática. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética mediante el dictamen n.º 6.302.421. La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario sociodemográfico, diario de campo y entrevistas semiestructuradas aplicadas a ocho gestantes y dos púerperas atendidas en las Unidades Básicas de Salud de la región metropolitana de João Pessoa, Paraíba, en el período de octubre de 2023 a marzo de 2024. El programa IRaMuTeQ apoyó el análisis de las entrevistas transcritas. El corpus presentó 14.585 palabras y alcanzó un aprovechamiento del 77,33% de los segmentos de texto en la clasificación jerárquica descendente. Surgieron cinco categorías: “perspectivas familiares”, “religiosidad”, “relación afectiva sexual”, “diagnóstico” y “especificidades del itinerario terapéutico”. Se constató que la Atención Primaria de Salud es esencial para la integralidad del itinerario terapéutico de las mujeres con VIH/SIDA y para el logro de los objetivos de diagnóstico, tratamiento y supresión de la carga viral. La efectividad de la atención de salud requiere que los profesionales involucrados consideren la influencia de los determinantes sociales relacionados con el VIH/SIDA en los periodos gestacional y puerperal.

Palabras clave: Atención primaria de salud, asistencia integral a la salud de la mujer, VIH, itinerario terapéutico.

1 INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da pandemia de HIV/AIDS na década de 1980, o combate a esse grave problema de saúde pública tem se mostrado desigual em vários países. Conforme o *United Nations Programme on HIV and AIDS* (UNAIDS, 2024a), os países mais vulneráveis, especialmente aqueles com sistemas de saúde menos eficazes, enfrentam dificuldades para diagnosticar, tratar e controlar a infecção.

Em 2023, a despeito das campanhas preventivas e da disponibilização do tratamento antirretroviral (TARV), cerca de 39,9 milhões de pessoas viviam com HIV/AIDS em todo o mundo, sendo 44% delas mulheres e meninas de todas as faixas etárias. Na África Subsaariana, 62% dos novos casos ocorrem entre mulheres e meninas (UNAIDS, 2024b). Segundo as notificações do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no período de 1980 a 2023, foram identificados 1.124.063 casos no Brasil. Na Paraíba, local do presente estudo, foram 11.443 casos. Em mulheres de todas as faixas etárias e residentes no estado da Paraíba, contabilizaram-se 3.587 casos (Brasil, 2024).

No contexto do HIV/AIDS, alcançar as metas interligadas 95-95-95, estabelecidas na Agenda 30 da Organização das Nações Unidas (ONU), é fundamental. Essas metas visam garantir que 95% das pessoas infectadas sejam diagnosticadas precocemente. Além disso, estabelecem o TARV em 95% das pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e a supressão de carga viral em 95% das que estão em TARV (UNAIDS, 2024b).

No Brasil, os indicadores atuais estão em 91-81-95, o que representa que 91% das PVHA estão cientes das suas sorologias, 81% dos diagnosticados estão em TARV, e 95% dos que recebem o TARV têm carga viral suprimida (UNAIDS, 2024a).

A prevenção inadequada do HIV/AIDS coloca em risco os direitos humanos e comprometem o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 30 da ONU (UNAIDS, 2024a). Os 17 ODS, por serem integrais e indivisíveis, para a concretização, exigem uma coalizão global dos entes públicos e privados (Fialho; Neves, 2023).

A conquista dos melhores indicadores quanto ao HIV/AIDS em gestantes, puérperas e nos seus recém-nascidos depende do protagonismo dos sistemas de saúde, com destaque para a Atenção Primária à Saúde (APS). Isso porque, na qualidade de porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), a APS desempenha uma função fundamental no itinerário terapêutico (IT) dos doentes crônicos (Rocha *et al.*, 2022), incluindo as PVHA, de modo a ampliar a testagem para a detecção precoce do HIV e conectar os usuários a serviços e tratamento eficazes (UNAIDS, 2024b).

O IT corresponde ao caminho percorrido em busca de cuidados de saúde. Esse caminho, em sua complexidade, nem sempre se limita aos serviços de saúde, mas pode abranger uma multiplicidade de ambientes, como os religiosos e os de práticas populares (Moura *et al.*, 2023; Rabelo; Alves; Souza, 1999).

Diante dessa conjuntura, questiona-se: como se caracteriza o IT das gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS e que são acompanhadas nos serviços da APS da região metropolitana de João Pessoa, no estado da Paraíba? Com o objetivo de compreender o IT de gestantes e puérperas com HIV/AIDS assistidas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), desenvolveu-se um estudo conforme a metodologia detalhada no próximo segmento.

A pesquisa é relevante para dar a conhecer o IT das mulheres que experienciaram o HIV/AIDS durante a gestação e o puerpério e que se utilizam dos serviços da APS. Ao investigar as vivências dessas mulheres, o estudo poderá revelar processos que influenciam o diagnóstico e o tratamento dessa condição de saúde, destacando os desafios e potencialidades específicas da APS na saúde integral das mulheres. Outrossim, os resultados podem oferecer *insights* para a melhoria dos serviços de saúde, bem como para a formulação e a implementação

de políticas públicas alinhadas às necessidades específicas loco-regionais, que não são exclusivas da região Nordeste, mas comuns a outras realidades brasileiras.

2 MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-transversal, qualitativo, ancorado na história oral temática, desenvolvido no âmbito de uma pesquisa maior, intitulada “O itinerário terapêutico de mulheres portadoras do Vírus da Imunodeficiência Humana”, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, ao nível de Mestrado do Centro de Ciências Médica (CCM) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) em parceria com a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ).

O local de estudo foram as UBS da região metropolitana de João Pessoa, capital do estado da Paraíba, às quais as participantes estavam vinculadas.

A coleta processou-se de setembro de 2023 a março de 2024. A amostra intencional foi composta por dez mulheres selecionadas segundo a amostragem *snowball*, conhecida como “bola de neve”. De acordo com Vinuto (2014), essa amostragem, ao ser constituída por uma cadeia de referência não probabilística, permite estudar questões delicadas e acessar sujeitos pouco conhecidos.

Os critérios de inclusão foram: puérperas ou gestantes com até 45 dias de pós-parto, com idade igual ou maior a 18 anos, acompanhadas nas UBS da região metropolitana de João Pessoa e que, de forma voluntária, anuíram ao Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) do estudo. Excluíram-se as mulheres com menos de 18 anos de idade, fora da gestação e do puerpério ou que, após o convite e os esclarecimentos para participarem do estudo, não aceitarem participar.

Os dados foram coletados por intermédio de um questionário sociodemográfico, de entrevistas gravadas segundo um roteiro semiestruturado e de anotações em diário de campo. Os dados gravados foram transcritos, codificados e processados no *software* de apoio à análise qualitativa do material transcrito, o *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ), versão 0.7 *alpha 2*.

A utilização do programa IRaMuTeQ nas pesquisas qualitativas em saúde no Brasil tem crescido presentemente (Salvador *et al.*, 2018). Essa ferramenta contribui com a compreensão da estrutura do discurso e trabalha com três nomenclaturas fundamentais: *corpus*, texto e segmentos de texto (ST). O *corpus* é o conjunto de textos analisados, construído pelo pesquisador a partir da transcrição das entrevistas – cada entrevista corresponde a um texto. Já

os ST são os ambientes das palavras do tamanho aproximado de três linhas dimensionados pelo IRaMuTeQ (Camargo; Justo, 2013).

Para interpretar corretamente as formulações do IRaMuTeQ, é essencial que o pesquisador tenha capacidade crítica e analítica, porque esse programa não o substitui, mas oferece informações que, ao serem decifradas em correlação com o corpo teórico conceitual do estudo, possibilita maior acurácia na identificação das categorias temáticas existentes no material verbal transcrito (Fialho; Neves, 2022; Nascimento *et al.*, 2024; Salvador *et al.*, 2018).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) sob o Parecer n.º 6.302.421 e, na sua realização, todas as normas éticas e legais foram respeitadas, havendo, inclusive, a garantia do anonimato das participantes e da não identificação das UBS às quais estavam vinculadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

O perfil sociodemográfico das dez entrevistadas consta no quadro a seguir, no qual, para manter o anonimato, cada uma delas foi identificada com um código alfanumérico, em que “M” designa “mulher”, “G” simboliza “gestante” e “P” indica “puérpera. Os números de “01” a “10” indicam a ordenação das participantes, bem como a codificação dos textos integrantes do *corpus* submetido ao programa IRaMuTeQ.

Quadro 1. Perfil sociodemográfico das participantes do estudo.

Código	Idade	Gestações	Cor/raça	Escolaridade	Atividade	Estado civil	Diagnóstico
M01P	24	G2P2A0 (2PC)	Parda	Fundamental incompleto	Servente de pedreiro Bolsa família	União estável	Em 2016, na gestação, em hospital
M02G	27	G4P2A0 (2PN1PC)	Parda	Fundamental incompleto	Do lar Bolsa família	União estável	Em 2015, na gestação, em posto de saúde
M03G	38	G3P2A0 (1PN)	Parda	Superior completo	Costureira	Casada	Em 2018, fora da gestação, em posto de saúde
M04G	28	G2P0A1	Parda	Médio completo	Atendente de consultório	União estável	Em 2016, fora da gestação, em posto de saúde

M05G	33	G3P2A0 (1PN1PC)	Branca	Fundamental incompleto	Do lar Benefício do marido falecido	União estável	Em 2008, fora da gestação, em posto de saúde
M06P	29	G3P3A0 (2PN1PC)	Preta	Médio incompleto	Do lar Bolsa família	Divorciada	Em 2022, fora da gestação, em consultório particular
M07G	36	G4P3A0 (3PN)	Parda	Fundamental incompleto	Do Lar Bolsa Família	Solteira	Em 2018, fora da gestação, em hospital
M08G	20	G2P0A1 (1PN)	Preta	Médio incompleto	Do lar Bolsa família	União estável	Em 2023, na gestação, em posto de saúde
M09G	33	G9P3A5 (1PN2PC)	Amarela	Fundamental incompleto	Serviços gerais Bolsa família	União Estável	Em 2007, fora da gestação, em posto de saúde
M10G	30	G3P2A0 (2PC)	Parda	Fundamental incompleto	Do lar BPC LOAS	União estável	Em 2009, no parto, em hospital

Fonte: Elaborado pelos autores.

Por ocasião de suas entrevistas, as mulheres eram gestantes (n=8) e puérperas (n=2), nas faixas etárias dos 20 aos 24 (n=2), dos 25 aos 29 (n=3), dos 30 aos 34 (n=3) e dos 35 aos 39 (n=2). Seis delas se autodeclararam pardas, duas pretas, uma amarela e uma branca. O nível de escolaridade era baixo para maioria delas: ensino fundamental incompleto (n=6), ensino médio incompleto (n=2), ensino médio completo (n=1) e ensino superior completo (n=1).

A respeito do emprego e da renda, seis mulheres não exerciam nenhuma atividade remunerada, tão somente eram do lar. Em meio às outras, uma era servente de pedreiro, uma costureira, uma auxiliar de serviços gerais (higienização e limpeza) e uma atendente de consultório. O principal meio de subsistência era o Bolsa Família (n=6), porém uma mulher era beneficiária do Benefício de Prestação Continuada da Lei Orgânica da Assistência Social (BPC-LOAS) e outra recebia um benefício do marido então falecido.

Inobstante a maior proporção das investigadas seja de mulheres pardas (n=6) e, no instante das entrevistas, em união estável (n=7), Santos (2026) lembra que a ocorrência do HIV/AIDS ultrapassa o comportamento sexual e se relaciona com vários aspectos dos acometidos: condições de vida, grupos etários e étnicos. Tal fato, subdivide as vulnerabilidades em individual, social e programática. Esta última tem correspondência com as ações e

programas preventivos e com a rede assistencial. No caso das mulheres, as mais jovens são as mais expostas. Além disso, a submissão feminina em relação às questões sexuais e o maior comprometimento das mulheres com as questões reprodutivas dificultam ainda mais o diálogo com seus cônjuges e as tornam mais susceptíveis.

Uma única mulher era casada, porém havia uma solteira e outra divorciada, que estavam sem companheiro no momento da entrevista. Todas se identificavam com o gênero de nascença (cisgênero), sendo nove heterossexuais e uma bissexual. Esta última, à época da entrevista, estava convivendo com outra mulher.

Diante de casos complexos como os que envolvem o HIV em gestantes e puérperas, os profissionais de saúde devem considerar a possibilidade de transmissão vertical, que pode ser influenciada pelas diversas vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas PVHA e pelas fragilidades da rede de atenção. Dessa forma, é necessário que a produção do cuidado considere as particularidades de gênero e a interseccionalidade por raça e classe social (Gonçalves *et al.*, (2024).

A violência racial e de gênero é uma questão de ofensa aos direitos humanos que interfere na equidade de saúde (Santos, 2016). Assim, a interseccionalidade desponta como um conceito originário do feminismo negro, mas que, além de se propor a analisar as opressões sofridas pelas mulheres negras, tem implicações éticas e políticas acerca das formas plurais de dominação. Essa apreensão é particularmente importante para os profissionais da saúde, porquanto as relações étnico-raciais e de gênero, além de outros apagamentos que estão inter-relacionados e se perpetuam historicamente na sociedade atual, podem inviabilizar diferentes sujeitos e coletivos, sobrepondo valores e culturas dos dominantes sobre os dominados (Ambrósio; Silva, 2022). No mais, a falta de reconhecimento, por parte dos profissionais da saúde, das características de raça/cor e outras vulnerabilidades de certos grupos sociais pode se configurar na perda da chance de atuarem para a redução dessas suscetibilidades (Damião *et al.*, 2022).

Quanto ao detalhamento do histórico gestacional, não havia primigesta. Elas se distribuíram da seguinte maneira: com duas gestações (n=3), com três gestações (n=4), com quatro gestações (n=2) e com nove gestações (n=1). Dessas, três sofreram aborto. Duas realizaram partos exclusivamente cesárea e três pariram apenas por via vaginal, mas quatro mulheres tanto tiveram partos vaginais como cesárea e uma mulher ainda não havia parido, apenas abortado.

No quesito decurso do tempo do diagnóstico ao momento da coleta de dados, as mulheres estavam com até um ano (n=2), com seis anos (n=2), com sete anos (n=1), com oito

anos (n=1), com nove anos (n=1), com 15 anos (n=1), com 16 anos (n=1) e com 17 anos (n=1) de descoberta de suas condições sorológicas.

O estudo relevou a importância das unidades da APS, por serem o principal *locus* do diagnóstico da condição sorológica dessas mulheres, haja vista que seis delas foram diagnosticadas na esfera desses componentes. Os hospitais públicos diagnosticaram em três e a rede particular elucidou em uma delas. Três receberam o diagnóstico durante a gestação, uma no momento do parto, e o diagnóstico do HIV fora do período gestacional e de parturição se concretizou em seis mulheres.

São notórios os reflexos positivos da APS na gestação de mulheres com HIV, cujas atribuições envolvem o pré-natal, a identificação precoce de complicações e as intervenções adequadas às especificidades de cada gestante. O apoio psicológico e nutricional e a educação em saúde favorecem o bem-estar da mulher, do conceito e da família (Rones *et al.*, 2024; Gonçalves *et al.*, 2024).

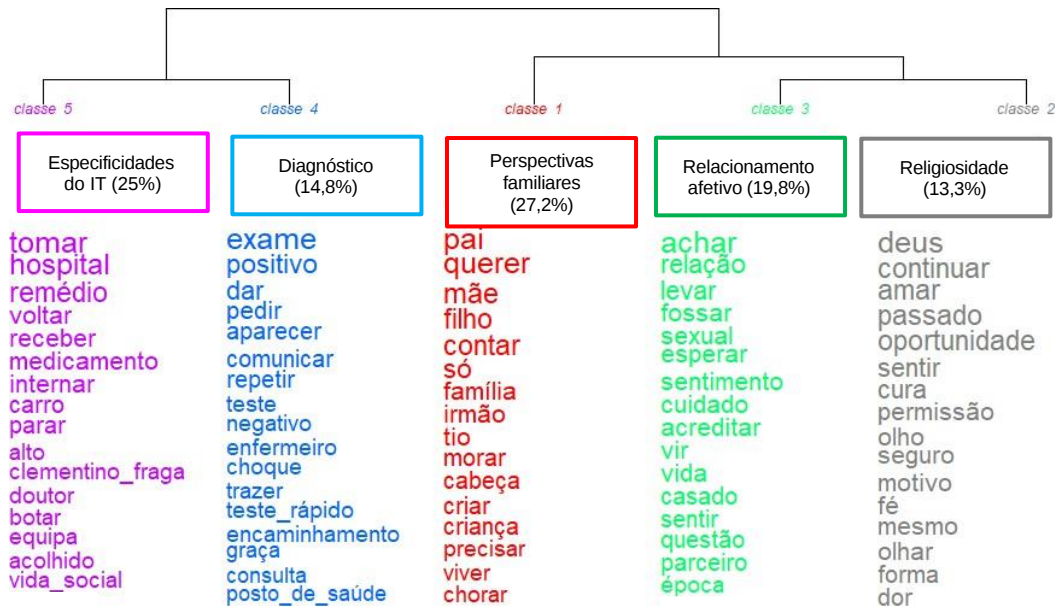
EVIDÊNCIAS OBTIDAS COM AS ENTREVISTAS

O *corpus* geral monotemático, constituído por dez textos (entrevistas transcritas), quando submetido ao IRaMuTeQ, apresentou 14.585 ocorrências (total de palavras), sendo 1.170 formas e 492 hápax (termos mencionadas uma única vez), com uma média de 1.458,50 ocorrências por texto.

A classificação hierárquica descendente (CHD) repartiu as entrevistas em 419 ST, dos quais 324 foram aproveitados em cinco classes, o que equivale a uma retenção de 77,33%. Dessa forma, o método da CHD foi validado, porquanto, conforme recomendam Camargo e Justo (2013), atendeu ao critério de no mínimo 75% de aproveitamento. Em consonância com os objetivos e resultados da pesquisa, convencionou-se denominar o dendrograma da CHD “itinerário terapêutico de gestantes e puérperas com HIV/AIDS”.

A Fig. 1 apresenta o dendrograma a partir da CHD com as conexões da repartição do *corpus* e a nomenclatura dessas categorias atribuídas pelos autores.

Figura 1. Dendrograma “itinerário terapêutico de gestantes e puérperas com HIV” na forma vertical com as categorias.



Fonte: Dados da pesquisa em imagem fornecida pelo IRaMuTeQ.

Como se percebe na Fig. 1, por ordem de aproveitamento do ST, em primeira dimensão, há a classe 1 (vermelha), com 88 (27,2%) ST. Em segunda dimensão, há a classe 5 (lilás), com 81 (25%) ST. Em terceira dimensão, há classe 3 (verde), com 64 (19,8%) ST. Em quarta dimensão, há a classe 4 (azul), com 48 (18,8%) e, em menor tamanho, a classe 2 (cinza), com 43 (13,3%).

No dendrograma vertical, as primeiras palavras são as que têm o maior nível de associação com a classe, porque apresentam o valor de $P < 0,0001$ (Camargo; Justo, 2013; Neves; Fialho, 2022). Por ordem de importância relativa, tem-se quatro partições. A primeira divisão gerou dois subcorpos, separando as classes 4 e 5 das demais. A segunda segmentação resultou da divisão dos subcorpos e dissociou a classe 1 das classes 2 e 3. A terceira partição decompôs as classes 2 e 3. A quarta e última divisão separou as classes 4 e 5.

A classe 1 agregou as palavras: “pai”, “querer”, “mãe”, “filho”, “contar”, “só”, “família”, “irmão”, “tio” e “morar” e os depoimentos orais de “M02G” e “M10G”. A classe 2 salientou as palavras “Deus”, “continuar”, “amar”, “passado”, “oportunidade”, “sentir”, “cura”, “permissão”, “olho”, “seguro”, “motivo”, “fé”, “mesmo” e “olhar” e o testemunho de “M04G”. A classe 3 destacou as palavras “achar”, “relação”, “levar”, “fossar”, “sexual”, “esperar”, “sentimento”, “cuidado”, como também, a entrevista fornecida por “M04G”. A classe 4 sublinhou as palavras “exame”, “positivo”, “dar”, “pedir”, “aparecer”, “comunicar”, “repetir”, “teste”, “negativo”, “enfermeiro”, “choque”, “trazer”, “teste rápido”, “encaminhamento” e as entrevistas de “M08G” e “M03G”. Ao cessar as partições e a CHD se estabilizar, a classe 5

destacou os termos “tomar”, “hospital”, “remédio”, “voltar”, “receber”, “medicamento”, “internar”, “carro”, “parar”, “alto” e as entrevistas de “M01P” e “MA7G”.

SÍNTESE DAS EVIDÊNCIAS EM CATEGORIAS TEMÁTICAS

A correlação dos apontamentos fornecidos pelo IRaMuTeQ na CHD permitiu idealizar cinco categorias temáticas representativas da percepção das mulheres acerca de suas condições de saúde, gestacional e puerperal e acerca de seus IT.

Observa-se nas classes e suas conexões que as “perspectivas familiares” (classe 1) vinculam-se imediatamente ao “relacionamento afetivo” (classe 3) e à “religiosidade” (classe 2). Já o “diagnóstico” (classe 4) apresenta maior proximidade temática com as “especificidades do IT” (classe 5), porém os sentidos atribuídos pelas mulheres à família (classe 1) são questionados ante os reflexos da condição diagnóstica (classe 4).

Perspectivas familiares das puérperas e gestantes com HIV/AIDS

A classe 1 (vermelha) corresponde à categoria “**perspectivas familiares**”, na qual as mulheres compartilham suas experiências no seio familiar diante do diagnóstico do HIV. Para evitar preconceito, discriminação e julgamentos, algumas ocultam suas condições sorológicas até mesmo dos familiares mais próximos, com quem convivem. O depoimento de M03G ratifica essas apreensões:

Porque mesmo que a família me ame, mesmo que exista o amor materno, o amor de familiares, existe a rejeição, e nessa parte eu não iria aguentar [...]. Então eu tenho certeza que ela (a sua mãe) iria ter aquela rejeição, e a rejeição ia ser mais difícil. Então eu não cheguei a contar (M03G).

Outra participante preferiu não revelar a sua condição sorológica ao seu tio para poupá-lo do sofrimento, como afirmou:

Então eu não contei. Se eu fosse contar para ele (ao tio que ela considera como pai), como ele é muito apegado a mim, talvez ele não tivesse a mesma força que eu tenho, que eu sei que ele não teria [...]. E para ele, eu não queria magoá-lo, dizer assim, ah, eu fracassei (M03G).

Não obstante a descoberta do vírus na década de 1980, o HIV/AIDS ainda predomina como tabu ou como uma doença secreta (Freire; Minayo, 2024). A entrevistada M10G

encontrou apoio nos pais, porém sofreu preconceito por parte do irmão: “Meus pais, minha mãe, não ficaram contra mim não, nem meu pai, mas meu irmão tem preconceito comigo” (M10G).

Nesses relatos, a atitude dos familiares foi dissonante. Parte forneceu suporte às mulheres recém-diagnosticadas, mas outros desferiram agressões discriminatórias com repercussões variáveis, obrigando-as, até mesmo, a mudar de residência. Isso remete à importância de intensificar medidas para desenraizar o estigma da doença não apenas nos lares, mas também na sociedade em geral. O estudo de Levandowski *et al.* (2017) ratifica que, no Brasil, a percepção das mulheres que convivem com HIV/AIDS quanto à assistência que recebem de suas famílias é contraditória. Parte delas é apoiada, mas outras, por diferentes razões, sofrem restrições de apoio. Notadamente, elas referem falta de diálogo, desentendimentos, tentativa de manter segredo sobre o diagnóstico. Esses desafios tornam-se mais complexos quando são somados à vivência de uma maternidade quando se vive com HIV.

Religiosidade no enfrentamento do HIV/AIDS pelas puérperas e gestantes

A classe 2 (cinza) remeteu à categoria “**religiosidade**”, cuja palavra mais frequente foi “Deus”, pronunciada 42 vezes e por 12 vezes associada ao termo “graças”. Esta classe informou a crença em um ser superior capaz de fortalecê-las a enfrentar a nova condição de saúde, evitar o agravamento do problema, instrumentalizar os médicos para tratá-las e providenciar a esperada cura, sinalizando que a religiosidade é um fator que capacita a viver com o HIV/AIDS.

As narrativas incluíram: “Graças a Deus, fiz o exame e deu certo” (M02G). “Graças a Deus, a carga viral nunca apareceu detectável. Graças a Deus, eu não tinha nada. Acredito na cura que Deus pode nos dar” (M03G). Esses testemunhos coadunam-se com os resultados do estudo de Ferreira, Favoreto e Guimarães (2012), realizado com homens e mulheres que vivem com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro, no sentido de a religiosidade fortalecê-los durante o adoecimento, conferindo esperança, perseverança e conforto.

Outras mulheres deste estudo eram descrentes na cura pela medicação, mas esperançosas na qualidade de vida decorrente dos efeitos do tratamento. Conforme pronunciaram: “a cura, só de Deus” (M09G); “Mas eu tinha que entender que, se Deus colocou médicos também na Terra, eu teria que fazer também por onde” (M04G). As falas permitem inferir que a credibilidade nos resultados da terapia medicamentosa pode se configurar em oportunidade para os profissionais de saúde envolvidos com o IT dessas mulheres incentivarem a aderência ao tratamento.

Medeiros e Saldanha (2012) investigaram a maneira como homens e mulheres com HIV/AIDS no estado da Paraíba relacionam a condição de saúde à religiosidade e constataram a existência de uma correlação positiva entre a espiritualidade e as crenças pessoais com a qualidade de vida. Contudo, no Recife, no estado de Pernambuco, um estudo com pacientes de um hospital especializado estimou alta incidência de sofrimento espiritual (73,15%) e de religiosidade prejudicada (36,5%). Os pacientes referiram necessidade de reconciliar-se com suas crenças, que eram na maioria cristãs, como também, em virtude das incertezas no prognóstico da doença, demonstraram sentimentos como culpa e falta de finalidade e de significado na vida (Pinho *et al.*, 2017).

Relacionamento afetivo sexual das puérperas e gestantes que vivem com HIV/AIDS

A classe 3 (verde) aludiu à categoria “**relacionamento afetivo sexual**”. Nela, as mulheres expressam particularidades dos relacionamentos antes, durante e após o diagnóstico, expondo as incertezas, rupturas e continuidades. Como disseram: “Na época, minha vida sexual praticamente parou, não porque eu não tinha vontade ou porque o parceiro não queira” (M03G).

Uma investigação quantitativa comparou a prevalência de disfunção sexual em mulheres com e sem diagnóstico de HIV em São Paulo e corroborou que mulheres que vivem com HIV têm menos atividade sexual (Andrade *et al.*, 2022).

Mulheres com HIV/AIDS sofrem grandes repercussões em sua vida efetiva sexual (Silva *et al.*, 2023). Mas, ao que parece, após o diagnóstico do HIV, a disfunção sexual que se instala não se submete a um padrão que permita a generalização, como também não é exclusivo das mulheres. A sexualidade pós-diagnóstico do HIV em idosos, ao ser estudada por Oliveira *et al.* (2024), revelou que alguns se privaram de uma vida sexual ativa, por considerar que o sexo foi a causa do contágio. Outros, apesar de não se absterem da atividade sexual, posicionaram-na em um plano secundário. Alguns têm medo de contaminar os parceiros, mas há outros que, quando encontram um parceiro soroconcordante, praticam sexo inseguro, sem uso de preservativo.

Diferentemente da maioria das entrevistadas, duas gestantes (M07G e M09G) mantinham suas condições sorológicas em segredo.

Não, não sei se eu peguei dele também. Eu sempre alerto ele, porque quando eu deixei ele, ele vivia na bagaceira. Só vivia com um e com outra. Depois, quando eu descobri, eu sempre alerto ele, mas ele diz que não vai fazer (M07G).

Não, com esse meu marido, ele não sabe, não. [...] Corria o risco, e foi por isto que eu mandei ele fazer os exames, daqui a três meses tu repete, porque é bom, como apareceu a mancha no corpo dele (M09G).

M07G não revelou o seu diagnóstico ao companheiro e não sabe precisar se contraiu o vírus com ele. Todavia, assegura que o tem alertado quanto à importância de realizar o teste para a elucidação diagnóstica. Por sua vez, M09G oculta o seu diagnóstico do companheiro e sugere acreditar na vigilância dos possíveis sintomas vinculados à AIDS com uma espécie de monitoramento do risco ao qual o companheiro está sujeito.

De acordo com M03G, seu marido é sorodiscordante, mas o sofrimento e o medo de uma possível soroconversão permanecem assombrando o casal. Ao que tudo indica, para evitar o agravamento do sofrimento, eles decidiram silenciar sobre o assunto, mas continuam em tensão. Reis e Gir (2010) identificaram, em casais heterossexuais sorodiscordantes acompanhados em São Paulo, uma vivência permeada por inúmeros desafios relacionados à intimidade sexual. O receio de transmitir o vírus para o parceiro soronegativo acarreta medo, angústia, diminuição da libido e modificações na resposta sexual. Por isso, alguns casais optam pela abstinência.

Homens e mulheres atendidos em um SAE do estado de São Paulo, ao participarem da pesquisa de Jesus *et al.* (2017), elucidaram que, entre eles, há elevado nível de solidão e isolamento. Aqueles que se permitem relacionamentos íntimos referem dificuldade em praticar sexo protegido, chegando a sofrer danos físicos e psíquicos.

Diagnóstico do HIV

A classe 4 (azul) remeteu à categoria “**diagnóstico**”, na qual as mulheres lembraram como se tornaram cientes de suas condições sorológicas. Esta categoria informa o relevante papel da APS no diagnóstico do HIV e mostra o impacto que o diagnóstico causa em quem o recebe.

M05G enfatiza que contraiu o vírus com o ex-marido, que faleceu em decorrência da AIDS. Ela diz ter recebido o diagnóstico aos 16 anos, quando “não sabia o que era HIV”. Para Knauth e Flávia (2024), o desconhecimento permanece, haja vista que os jovens brasileiros não são informados suficientemente sobre HIV/AIDS e outras ISTs. Atualmente, os jovens se utilizam mais intensamente da internet e das redes sociais para buscar informações e parceiros sexuais; entretanto, isso não se efetiva em informação de qualidade nem em prevenção. Entre

eles, comumente, o uso de preservativo é temporário, sendo substituído pelo que denominam confiança no parceiro.

O testemunho oral de M04G foi paradigmático ao atribuir o contágio ao marido:

Descobri o HIV quando estava casada. Foi com meu primeiro esposo. Não teve praticamente uma lua de mel. [...] Quando ele [o marido] estava muito doente, acredito que na época era aproximadamente o terceiro, quarto dia, já estava muito enfermo, com febre. Eu recomendei ele a aparecer na UPA ou aparecer em um Posto de Saúde. Foi quando ele não resistiu e foi. Chegando lá, foi recomendado ele fazer todos os exames, inclusive de HIV [...]. Foi quando constatou positivo para HIV e perguntou se ele tinha companheira, se ele era casado. Ele disse que era. E recomendou também que a companheira dele fizesse. Isso foi no ano de 2016, em dezembro. A gente tinha casado em agosto. E chegando em casa, ele só fazia chorar, não queria bem me dizer. Aí, eu fiquei perguntando para ele o que ocorreu, se foi algum exame. E eu, ali, como esposa, disse para ele que ficaria do lado dele, sem ainda ter noção do que teria ocorrido (M04G).

Embora tenha tido outros parceiros, M04G, na entrevista, pareceu convicta de que contraiu o vírus com o esposo que estava com AIDS na data do casamento, condição então desconhecida pela entrevistada.

Devido à infidelidade conjugal do ex-companheiro, a entrevistada M03G experienciava um permanente medo de contrair o vírus. Ainda assim, praticava sexo desprotegido. Disse ela: “antes de engravidar, todo ano eu pedia um teste rápido no posto de saúde”.

A atitude de M03G pode ser explicada pelo do que observaram Oliveira e Junqueira (2020): na descoberta do diagnóstico, há estranhamento e confrontos; porém, em relacionamentos nos quais a mulher tem um amor romantizado, ela sente-se segura e ignora os riscos do sexo desprotegido.

Sobre a influência do diagnóstico na saúde emocional e mental, em todo o *corpus* analisado, a palavra “depressão” foi pronunciada 15 vezes. Esse impacto está presente na fala de M06P: “[...] o diagnóstico foi um terror na minha vida; eu achava que naquele mesmo instante eu iria morrer, que os meus dias estavam contados. Entrei em depressão; não foi fácil”. A esse respeito, M05G acrescentou: “[...] deu positivo para mim também. Eu queria me matar. Tentei me jogar na frente do carro, mas minha prima me segurou”.

É fundamental que os profissionais da APS estejam aptos a oferecer e realizar a testagem de triagem, além de implementar o tratamento, inclusive aconselhamento e apoio emocional. Quando necessário, encaminhar para os demais componentes da rede de atenção especializada.

A essencialidade do acolhimento das mulheres que vivem com HIV/AIDS na APS é comprovada por M05G: “Me atenderam bem lá no posto de saúde, explicaram como é lá, porque fiquei com depressão. Aí disseram para eu tirar isso da cabeça, que eu era normal”.

Os profissionais da APS convivem com o entrecruzamento do HIV/AIDS com vulnerabilidades das mulheres atendidas nas UBS. Em virtude disso, devem estar atentos ao fato de que não é incomum o ocultamento dos sintomas relacionados à AIDS pelas que sofrem com a desigualdade de gênero, incluindo a violência simbólica, que engloba as formas de violência que não deixam marcas físicas, mas que causam grande abalo na dignidade de quem as sofre (Damião *et al.*, 2022).

Especificidades do itinerário terapêutico de puérperas e gestantes com HIV/AIDS e as lições para os profissionais de saúde

A classe 5 encaminhou à categoria “**especificidades do IT**”, que esclareceu as formas de cuidado experienciados pelas gestantes e puérperas em suas trajetórias cotidianas desde a fase de diagnóstico do HIV/AIDS.

Esta classe revelou o desempenho da APS e dos serviços de referência no percurso das entrevistadas. Na rede de atenção paraibana, elucidou quais os principais componentes envolvidos e os direcionamentos que as mulheres receberam. Nesse ponto, a APS confirmou a essencialidade de seu papel, haja visto que seis gestantes (M02G, M03G, M04G, M05G, M08G e M09G) foram diagnosticadas e orientadas nesse âmbito. Ainda assim, para três mulheres, o diagnóstico ocorreu na esfera hospitalar, enquanto uma mulher foi diagnosticada em consultório particular.

Das três mulheres que foram diagnosticadas em hospitais, uma tornou-se ciente do HIV fora do período gestacional (M07G), uma soube do seu problema ao se dirigir ao hospital para confirmar uma possível gestação (M01P) e a outra recebeu o diagnóstico no momento do parto (M10G).

Não obstante o reconhecimento da importância da APS no diagnóstico, no tratamento e na prevenção do contágio e da transmissão vertical pelo HIV, é necessário destacar que a descoberta da condição sorológica da mulher no momento do parto, salvo uma janela imunológica, ou a ausência de pré-natal, ou a recusa da mulher à testagem, aponta para um possível descompasso com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, que prescreve, juntamente com o rastreamento de outras ITS, a testagem “[...] na primeira consulta do pré-natal (idealmente, no primeiro trimestre da gestação), no início do terceiro trimestre e no momento do parto, independentemente de exames anteriores” (Brasil, 2022, p. 31). Essa evidência, portanto, requer reflexões para a correção de possíveis lacunas na integralidade da atenção à saúde.

Após o diagnóstico, a depender das condições clínicas e gestacional, a maioria das entrevistadas foram encaminhadas para os serviços de referência da capital da Paraíba, o hospital de doenças infecto contagiosas Clementino Fraga, e para o serviço de assistência especializada (SAE) do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). Esse fluxo das UBS coincidiu com o estabelecido nas políticas e serviços de saúde para as gestantes diagnosticadas com HIV na APS, que orientam o cuidado compartilhado com o pré-natal de alto risco ou com os serviços especializados caso haja imunossupressão grave e/ou outras coinfeções (Brasil, 2022).

Os serviços da atenção básica estão no topo do cuidado de todas as gestantes; por isso, a preservação da integralidade da assistência alicerçada na mulher deve ser uma atitude continuada. Todavia, Picanço *et al.* (2024) alertam que ainda persistem lacunas na rede de atenção, cuja correção perpassa pela construção e fortalecimento dos vínculos entre profissionais e usuárias do serviço. Logo, esses laços precisam ultrapassar as questões inerentes à doença em si e considerar o contexto biopsicossocial que circunda as PVHA.

Apesar de a maioria das entrevistadas terem atribuído sentidos aos seus IT que permitem inferir que a rede de cuidado priorizou o acesso, a adesão e a satisfação das usuárias, não se pode excluir certos equívocos, que carecem ser debelados. Diagnosticada durante internamento em um hospital localizado na região metropolitana de João Pessoa, M07G, com um quadro sugestivo de AIDS caracterizado por falta de apetite, emagrecimento acentuado, alopecia intensa e infecção de garganta, testemunhou:

Passaram medicamento para mim, mas também não me disseram que eu tinha essa doença. Fiquei tomando medicamento. [...] até passaram medicamento errado, porque meu rosto ficou todo com reação. Fiquei toda intoxicada dos medicamentos que passaram (M07G).

Após cerca de 30 dias do primeiro internamento, M07G foi encaminhada para o Hospital Clementino Fraga, onde esteve hospitalizada por aproximadamente três meses. Segundo a participante, em nenhum momento ela recebeu a informação de que era portadora do HIV. Alega que, após os internamentos iniciais, por estar gestante, foi encaminhada para o SAE do HULW, onde foi esclarecida a respeito de sua condição quanto ao HIV.

Quando à demora no diagnóstico e às reações adversas aos medicamentos, às quais M07G atribuiu significados, de certa forma, negativos, Rodrigues e Maksud (2017) argumentam que críticas como essas são uma espécie de desabafo que clama pela relevância da

valorização do protagonismo do paciente e do comprometimento político e social dos serviços de saúde para qualificar a atenção.

Afora a fragilidade identificada por M07G, outras participantes ressaltaram a relevância dos profissionais da saúde na busca e na efetivação do cuidado que receberam. Diagnosticada, quando gestante, por uma enfermeira da APS, M03G definiu a profissional com termos no superlativo: “[...] superamorosa, me tratou super bem, tentou me acalmar ao máximo, não conseguiu muito porque é um choque para qualquer pessoa, mas ela agiu profissionalmente muito bem. Então, ela me encaminhou para o Clementino [Hospital Clementino Fraga], acho que foi no dia seguinte, eu já vim fazer”.

Como se percebe, M07G não economizou adjetivos para retratar a boa percepção que teve acerca da atitude da enfermeira que lhe aplicou o teste de triagem sorológica. Outrossim, confirmou o referido pelas outras entrevistadas, ou seja, o intenso abalo emocional provocado pela descoberta do vírus.

Outras comprovações do acolhimento profissional são referidas por M04G. Encaminhada para o hospital Clementino Fraga, disse M04G: “Passamos pela doutora [nome ocultado], infectologista. Ela foi uma grande amiga na época [...], a qual psicologicamente nos ajudou também, porque ela também era formada em psiquiatria, também. E assim, começamos, naquela época, o tratamento, desde 2017 até hoje”. M06P e M09G reforçam essas percepções:

Lá, sim, [Hospital Clementino Fraga], eu me senti bem recebida, porque logo de imediato, quando você sabe que não é fácil receber o diagnóstico reagente de HIV. Então, assim, receberam e falaram que eu não seria a primeira, nem seria a última, que teriam pessoas ali com o mesmo caso e já tinha bastante tempo, né, então não precisava ter medo, né. Não era fácil, mas não precisava ter medo, porque seguiam as recomendações e teriam uma vida normal (M06P).

Ela [a profissional de saúde] disse que é uma doença transmissível e se eu não cuidar passa para AIDS [...]. Aí eu sei que eu tenho que tomar o remédio, fazer o exame para saber como está a taxa, se está alta, se está baixa, se o remédio está fazendo efeito ou não, para poder passar outro, se não estiver. Ela falou sobre isso. [...] eu me senti bem. Eu me sinto bem aqui, na verdade. Eu me sinto normal (M09G).

Desde a avaliação inicial, a pessoa recém-diagnosticada com HIV precisa de uma relação profissional-usuário confiável e educativa (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019). Nas falas das entrevistadas, são perceptíveis as reverberações do vínculo com os profissionais no enfrentamento do problema de saúde e na adesão ao tratamento. Desse modo, a confiança é central aos limites e aberturas concedidas pelas usuárias à equipe de saúde, como asseverou M09G: “no posto de saúde, somente a médica e a enfermeira sabem”. Mello *et al.* (2020) lembram que a relação de confiança e cumplicidade profissional-usuários contribuiu para o

tratamento, sendo essencial que os membros da equipe estejam atentos à complexidade sociocultural, biológica e psicológica que circunda quem vive com HIV/AIDS.

A categoria que remeteu ao IT esclareceu, como causa do abandono terapêutico, a mudança de domicílio e a violência doméstica e familiar. Outros estudos brasileiros identificaram como principais motivos do abandono da terapia antirretroviral: a falta de suporte social e as dificuldades para comparecer ao SAE no estado do Amapá (Mello *et al.*, 2020). No Espírito Santo, pessoas mais escolarizadas têm mais adesão. Independentemente do nível de instrução, os sintomáticos são mais aderentes, o que sugere que a ausência de sintomas pode conferir uma percepção equivocada de que os antirretrovirais são dispensáveis (Bastos *et al.*, 2019). Em uma UBS do Rio de Janeiro, o abandono do tratamento ocorreu sobretudo devido à falta de uma proposta sistematizada para acolher os pacientes, falhas do serviço na prevenção do abandono, ausência de apoio emocional, não aceitação da doença, efeitos colaterais dos antirretrovirais e estigma da doença (Rodrigues; Maksud, 2017).

O acesso equânime aos serviços de saúde é impedido por obstáculos estruturais experienciados pelas populações marginalizadas (Farias *et al.*, 2024). Uma das entrevistadas afirmou que nunca interrompeu o TARV, mas o atrasou devido a problemas com o transporte para conduzi-la para receber os medicamentos (M05G), corroborando que o acesso ao tratamento pode ser obstaculizado pelas vulnerabilidades socioeconômicas.

As pessoas mais esclarecidas são mais constantes com a terapia e as consultas (Demétrio; Santana; Pereira-Santos, 2019). Como verbalizou M04G, por questão de fé, provavelmente por confiar na providência divina e não nos resultados da medicação, ela se absteve de tomar os antirretrovirais: “Teve dias, sim [deixou de tomar a medicação]. [...] Foi mais algo de fé mesmo. Mas eu tinha que entender que se Deus colocou médicos também na terra, eu também teria que fazer também por onde. Aí, hoje eu não faço isso mais não”.

A identificação das razões do abandono permite o planejamento e aplicação de intervenções interdisciplinares e individualizadas para mitigar a problemática (Mello *et al.*, 2020; Velame; Silva; Cerutti, 2020). Dessa forma, a capacitação dos profissionais de saúde deve incluir as particularidades das usuárias, as vulnerabilidades subjetivas e a busca ativa das faltosas (Rodrigues; Maksud, 2017).

Outro entendimento que este estudo possibilitou foi que no IT pode haver um lapso temporal entre o diagnóstico e o engajamento com o tratamento. M06P, com um ano de diagnóstico à data da entrevista, informou irregularidades na terapia antirretroviral por não aceitar que tinha o HIV. Isso porque as fases psicológicas de gestantes com HIV, sequencialmente, são: confusão emocional, caracterizada por dificuldade em aceitar o

diagnóstico e por adoção de mecanismos de negação; dúvida existencial, em que elas questionam a própria expectativa de vida, confrontando-a com as responsabilidades maternas; e ambiguidade funcional, na qual, apesar de se sentirem mais capazes de cumprir seus papéis sociais como mães, ainda se interrogam sobre a capacidade de procriar e de não contaminar os filhos (Bastos, 2019).

Os profissionais da saúde precisam se atentar para a possibilidade da substituição da TARV por outros métodos desprovidos de comprovação científica, mas que, na esperança daquelas que vivem com HIV/AIDS, podem parecer eficazes. M08G, como primeira atitude após saber de sua soropositividade, não aderiu à TARV, mas preferiu a um remédio adquirido no estado de Pernambuco. Além disso, outros abandonos vieram. Quando M08G se transferiu de residência para o interior de Pernambuco, interrompeu o tratamento por cerca de um ano, como falou: “[...] porque lá é mais distante, porque a gente morava no interior, e a gente tinha que pegar carro para Recife, que o hospital é de lá”. Imediatamente ao seu retorno para João Pessoa, engravidou e voltou à TARV.

Embora as entrevistadas tenham citado principalmente médicas e enfermeiras que as acolheram ao longo do IT, sabe-se que toda uma equipe interprofissional está envolvida no cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo questionou como se caracteriza o IT das gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS e são acompanhadas nos serviços da APS da região metropolitana de João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Visando compreender o IT de gestantes e puérperas com HIV/AIDS acompanhadas nas UBS, desenvolveu-se um estudo qualitativo que entrevistou oito gestantes e duas puérperas.

As mulheres estavam na faixa etária dos 20 aos 39. Seis se declararam pardas, duas pretas, uma branca e uma amarela. Os níveis econômicos e de escolarização eram baixos. Seis sequer possuíam o ensino fundamental completo, apenas uma tinha escolarização universitária. Seis não possuíam emprego ou renda, e dependiam de benefícios assistenciais governamentais.

A APS foi o principal local de detecção do HIV, tendo-o diagnosticado em seis mulheres. Houve detecção tardia, durante o parto, em uma mulher, e fora da rede pública em outra entrevistada.

No que concerne ao IT, foi possível agrupar as narrativas em cinco categorias temáticas, guiadas pela CHD à luz do programa IRaMuteq: “perspectivas familiares”, “religiosidade”, “relacionamento afetivo sexual”, “diagnóstico” e “especificidades do IT”.

No âmbito familiar, as relações podem ser paradoxais para as mulheres com HIV/AIDS. Algumas experienciam acolhimento e solidariedade, mas outras sofrem com estigmas e julgamentos. No misto de sentimentos e apreensões, a religiosidade se apresenta como uma fonte de encorajamento, porém desperta sentimento de culpa, haja vista a noção ainda presente de que a doença é castigo por condutas consideradas “pecaminosas”. Maiormente, elas experienciam desgastes em seus relacionamentos afetivo sexual, interferência no padrão de atividade sexual e falta de confiança em revelar o diagnóstico para os parceiros, ou mesmo têm uma piora na violência doméstica e familiar que sofrem.

Embora existam lacunas que precisam ser resolvidas para evitar obstáculos nas trajetórias do cuidado em saúde, a APS confirmou sua importância no IT das gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS.

Profissionais, não apenas os da APS, mas de todo o sistema de saúde, devem considerar que a interseccionalidade influencia diretamente os indicadores do HIV/AIDS na saúde materno-fetal. Reconhecer as desigualdades sociais e adotar uma abordagem contextualizada às particularidades territoriais e subjetivas pode melhorar a efetividades dos serviços de saúde em geral, remover as possíveis barreiras ao IT e fomentar a autonomia das mulheres no cuidado à saúde.

Para estudos futuros, sugere-se replicar esta investigação em outros serviços de saúde, para comparar os resultados e aprofundar as reflexões suscitadas neste trabalho.

REFERÊNCIAS

AMBROSIO, Leticia; SILVA, Carla Regina. Interseccionalidade: um conceito amefricano e diaspórico para a terapia ocupacional. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, [s. l.], v. 30, e3150, 2022. DOI: 10.1590/2526-8910.ctoEN241431501. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadbto/a/LTfLtqD6wm4bJ4mFpLcrY3P/>. Acesso em: 4 out. 2024.

ANDRADE, Maria Castilho Prandini Hernandez de *et al.* Função sexual, sexualidade e qualidade de vida sexual em mulheres vivendo com HIV. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, [s. l.], v. 26, supp. 1, p. 72, 2022. DOI: 10.1016/j.bjid.2021.102129. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1413867021005985?via%3Dihub>. Acesso em: 4 out. 2024.

BASTOS, Rodrigo Almeida *et al.* Fases psicológicas de gestantes com HIV: estudo qualitativo em hospital. **Rev. Bioét.**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 281-288, 2019. DOI: 10.1590/1983-80422019272311. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/dMxMJCVZyBMXXswSFZwfqTf/>. Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS). **Casos de AIDS identificados no Brasil 1980-2023**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www2.aids.gov.br/cgi/tabcgi.exe?tabnet/br.def>. Acesso em: 4 out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical do HIV, sífilis e hepatites virais** [recurso eletrônico]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software de análise textual Iramuteq**. [Florianópolis]: UFSC, 2013. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 4 out. 2024.

DAMIÃO, Jorginete de Jesus *et al.* Cuidando de pessoas vivendo com HIV/Aids na atenção primária à saúde: nova agenda de enfrentamento de vulnerabilidades? **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 132, pp. 163-174, jan.-mar. 2022. DOI: 10.1590/0103-1104202213211. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/XqmLCJ7cLZg94kp8DjjqKSy/>. Acesso em: 4 out. 2024.

DEMÉTRIO, Fran; SANTANA, Elvira Rodrigues de; PEREIRA-SANTOS, Marcos. O itinerário terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, n. especial 7, p. 204-221, dez. 2019. DOI: 10.1590/0103-11042019S716. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/THvRbrVLKYtqLydhYcrthfQ/>. Acesso em: 4 out. 2024.

FARIAS, Estrela Cecília Moreira de Holanda *et al.* Acessibilidade e direito aos serviços de saúde para pessoas vivendo com HIV. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 4, p. 1-12, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.4-012. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/6123>. Acesso em: 4 out. 2024.

FERREIRA, Débora Carvalho; FAVORETO, Cesar Augusto Orazem; GUIMARÃES, Maria Beatriz Lisboa. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, [s. l.], v. 16, n. 41, p. 383-393, abr./jun. 2012. DOI: 10.1590/S1414-32832012005000019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/JGjvCFPmmXf8qwFQZtx3ppC/>. Acesso em: 4 out. 2024.

FIALHO, Lia Machado Fiuza; NEVES, Vanusa Nascimento Sabino. **Agenda 2023 y el libro “Minha Família Enauenê”: posibles diálogos**. HERRERA, Pedro Canto *et al.* (Org.). *In: Hacia una educación con basada en las evidencias de la investigación y el desarrollo sostenible*. Madrid: Dykinson, 2023. p. 157-164.

FIALHO, Lia Machado Fiuza; NEVES, Vanusa Nascimento Sabino. Professores em meio ao ensino remoto emergencial: repercussões do isolamento social na educação formal. **Educ. Pesqui**, São Paulo, v. 48, e260256, 2022. DOI: 10.1590/S1678-4634202248260256por. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ep/a/F9qCnFrgWnhtkpgjpZcpSfS/>. Acesso em: 4 out. 2024.

FREIRE, Imara Moreira; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Silêncio, segredo e sigilo: desafios da revelação do diagnóstico de HIV/AIDS em jovens infectados por transmissão vertical. **Revista Pesquisa Qualitativa**, São Paulo, v. 12, n. 29, p. 95-118, jan./abr. 2024. DOI: 10.33361/RPQ.2024.v.12.n.29.660. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/660>. Acesso em: 4 out. 2024.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro *et al.* Transmissão vertical do HIV na rede de saúde: reflexões bioéticas sobre gênero e cuidado a partir de um caso emblemático. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 33, n. 1, e230102, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230102pt. Disponível em: <https://scielo.br/j/sausoc/a/nhrNxHnCzDRd997qN3zrgZL/>. Acesso em: 4 out. 2024.

JESUS, Giselle Juliana de *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta Paul. Enferm.**, [s. l.], v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017. DOI: 10.1590/1982-0194201700046. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qcQRCzQgdz8tZXFR3DBk7ss/>. Acesso em: 4 out. 2024.

KNAUTH, Daniela Riva; PILECCO, Flávia Bulegon. Aids e prevenção do HIV entre adolescentes e jovens em seis municípios brasileiros. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 33, n. 1, e230789pt, 2024. DOI: 10.1590/S0104-12902024230789pt. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/sausoc/2024.v33n1/e230789pt/>. Acesso em: 4 out. 2024.

LEVANDOWSKI, Daniela Centenaro *et al.* Maternidade e HIV: revisão da literatura brasileira (2000-2014). **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 34-51, 2017. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672017000200004. Acesso em: 4 out. 2024. MEDEIROS, Bruno; SALDANHA, Ana Alayde Werba. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 29, p. 53-61, jan.-mar. 2012. DOI: 10.1590/S0103-166X2012000100006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/VB7z6bCJjQ9ZxnF4FdsnMtS/>. Acesso em: 4 out. 2024.

MELLO Caren Juliane Filgueiras de Assis *et al.* Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. **R.E.A.S.**, [s. l.], v. 12, n. 8, p. e3423, 2020. DOI: 10.25248/reas.e3423.2020. Disponível em: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/3423>. Acesso em: 4 out. 2024.

MOURA, Lucyanna Cavalcante de *et al.* Itinerário terapêutico de adolescentes convivendo com HIV/AIDS: uma revisão integrativa da literatura. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 10, p. 20245-20259, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.10-095. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/2468>. Acesso em: 4 out. 2024.

NASCIMENTO, Karla Angélica Silva do *et al.* Metodologias ativas mediadas por Tecnologias Digitais da Informação e Comunicação em Programa de Pós-Graduação em Educação no pós-pandemia. **Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação**, Araraquara, v. 19, n. 00, p. e024043, 2024. DOI: 10.21723/riaee.v19i00.18370. Disponível em: <https://periodicos.fclar.unesp.br/iberoamericana/article/view/18370>. Acesso em: 4 out. 2024.

OLIVEIRA, Alessandra Souza de *et al.* Convivendo com o vírus da imunodeficiência humana: memórias de pessoas idosas. **Revista de Gestão e Secretariado**, São José dos

Pinhais, v. 15, n. 4, p. 1-18, 2024. DOI: 10.7769/gesec.v15i4.3594. Disponível em: <https://ojs.revistagesec.org.br/secretariado/article/view/3594>. Acesso em: 4 out. 2024.

OLIVEIRA, Mariana de Moraes Duarte; JUNQUEIRA, Telma Low Silva. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 28, n. 3, e61140, 2020. DOI: 10.1590/1806-9584-2020v28n361140. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/RFFQyq48WQYqXVMzFM8pxPG/>. Acesso em: 4 out. 2024.

PICANÇO, Ivonildes Silva *et al.* Estratégias de assistência humanizada às gestantes portadoras do vírus HIV: uma revisão integrativa. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 17, n. 3, p. e5682, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.3-094. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/5682>. Acesso em: 4 out. 2024.

PINHO, Clarissa Mourão *et al.* Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Gaúcha Enferm.**, [s. l.], v. 38, n. 2, e67712, 2017. DOI: 10.1590/1983-1447.2017.02.67712. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Hr4BWHghMW3dYZmm76PgZ9v/>. Acesso em: 4 out. 2024.

RABELO, Míriam Cristina; ALVES, Paulo César B.; SOUZA, Iara Maria A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. Disponível em: <https://books.scielo.org/id/pz254>. Acesso em: 4 out. 2024.

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, [São Paulo], v. 44, n. 3, p. 759-765, 2010. DOI: 10.1590/S0080-62342010000300030. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Y49nZkvhsLn9X3CpPCpH9GDM/>. Acesso em: 4 out. 2024.

ROCHA, Bruna Carvalho da *et al.* Doença de Chagas: itinerário terapêutico de crianças e/ou adolescentes. **Rev. APS**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 518-534, 2022. DOI: 10.34019/1809-8363.2022.v25.36760. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/36760>. Acesso em: 4 out. 2024.

RODRIGUES, Marilza; MAKUD, Ivia. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/AIDS. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, abr.-jun. 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qTKTctQZSKQKpDg8bfNJ6fQ/>. Acesso em: 4 out. 2024.

RONES, Luiza Norbim *et al.* A importância da saúde básica no acompanhamento de gestantes com diagnóstico de HIV. **Cuadernos de Educación y Desarrollo**, Portugal, v. 16, n. 2, p. 1-4, 2024. DOI: 10.55905/cuadv16n2-ed.esp.289. Disponível em: <https://cuadernoseducacion.com/ojs/index.php/ced/article/view/2929/2402>. Acesso em: 4 out. 2024.

SALVADOR, Pétala Tuani Cândido de Oliveira *et al.* Uso do software iramuteq nas pesquisas brasileiras da área da saúde: uma scoping review. **Rev. Bras. Promoc. Saúde**, [s. l.], v. 31, p. 1-9, nov. 2018. DOI: 10.5020/18061230.2018.8645. Disponível em: <https://ojs.unifor.br/RBPS/article/view/8645>. Acesso em: 4 out. 2024.

SANTOS, Naila Janilde Seabra. Mulher e negra: dupla vulnerabilidade às DST/HIV/aids.

Saúde Soc., São Paulo, v. 25, n. 3, p. 602-618, 2016. DOI: 10.1590/S0104-129020162627. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/B8LmxH9RGg3mbSm34SGSBDD/>. Acesso em: 4 out. 2024.

SILVA, Beatriz Gomes da *et al.* A. Vivência da sexualidade de mulheres que convivem com o HIV: resignificação e implicações para a prática da enfermagem. **Contribuciones a Las Ciencias Sociales**, São José dos Pinhais, v. 16, n. 7, p. 5863-5880, 2023. DOI: 10.55905/revconv.16n.7-040. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1118>. Acesso em: 4 out. 2024.

UNAIDS. A urgência do agora: A AIDS frente a uma encruzilhada. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 2024a. (Resumo executivo).

UNAIDS. Estatísticas. [Portal online] **UNAIDS**. Brasília, DF: UNAIDS Brasil, c2024b. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 4 out. 2024.

VELAME, Kamila Tessarolo; SILVA, Renata de Souza da; CERUTTI JUNIOR, Crispim. Factors related to adherence to antiretroviral treatment in a specialized care facility. **Rev. Assoc. Méd. Bras.**, [s. l.], v. 66, n. 3, p. 290-295, 2020. DOI: 10.1590/1806-9282.66.3.290. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/73hyBNGLxS5pfFq4WdjBk8S/>. Acesso em: 4 out. 2024.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 4 out. 2024.

CAPÍTULO 4

Considerações finais

Neste trabalho, questionou-se: como se caracteriza o IT das mulheres que convivem com HIV/AIDS no que concerne ao cuidado prestado pela APS? Com o objetivo de compreender o IT de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS e que são acompanhadas nas UBS da região metropolitana de João Pessoa-PB, desenvolveu-se uma pesquisa exploratória de abordagem qualitativa que, segundo a amostragem *snowball*, selecionou e investigou oito gestantes e duas puérperas.

A base teórica do estudo enfatizou a feminização do HIV/AIDS no Brasil, o acometimento de gestantes e puérperas no que se refere aos aspectos epidemiológicos e à interseccionalidade do HIV/AIDS com vulnerabilidades como culturais, econômicas e médicas. Esses fatores foram ponderados em correlação com as especificidades funcionais da APS na condição de porta de entrada para o SUS.

Dois produtos, conexos às perguntas e aos objetivos específicos, tornaram-se factíveis. O primeiro artigo, de natureza secundária, consistiu em um estudo cientométrico, que analisou 269 artigos registrados na base de dados *Scopus* por pesquisadores de campos interdisciplinares de 53 diferentes países. Entre os resultados, verificou-se que, em todo o mundo, a APS é fundamental para a integralidade do cuidado e que o interesse investigativo tem se direcionado, entre outros, para a correlação HIV e outras IST, a transmissão vertical e a TARV. Nos estudos, o pré-natal despontou como um importante momento para o diagnóstico e prevenção do HIV/AIDS, sobretudo no que concerne à prevenção da transmissão vertical. Além disso, chama-se a atenção para a gestação na adolescência, a qual, diante de diagnóstico do HIV, torna-se mais desafiadora. Para os profissionais da APS, a literatura analisada recomenda o cuidado compartilhado com outros equipamentos do sistema de saúde, de modo a evitar rupturas no IT das mulheres com HIV/AIDS.

O segundo artigo emanou dos dados primários do estudo, obtidos por intermédio das entrevistas, do questionário e das anotações no diário de campo. Nele, as participantes foram caracterizadas quanto ao perfil sociodemográfico e seus relatos orais, com o apoio do programa IRaMuTeQ, foram sistematizados em categorias temáticas esclarecedoras das perspectivas familiares experienciadas pelas entrevistas, cujas relações, muitas vezes, são marcadas pela violência doméstica e familiar, com rupturas no relacionamento afetivo e sexual que agravam outras vulnerabilidades que entrecruzam a vivência com HIV/AIDS. Nessa conjuntura, a

religiosidade ensinou a confiança em um ser superior, que as capacita ao enfrentamento do problema e instrumentaliza os médicos para bem assisti-las.

Ao esclarecer o IT das entrevistadas, todos caracterizados por enfrentamento e superação, influenciados por uma multiplicidade de fatores, a exemplo dos estigmas que ainda persistem sobre as PVHA, o estudo veicula lições valiosas para os profissionais da saúde, mormente aqueles que estão na APS.

Reflexões sobre as lacunas estruturais e funcionais existentes do sistema de saúde precisam compor uma pauta permanente, não se limitando aos profissionais, mas contemplando pesquisadores, formuladores e aplicadores das políticas públicas, como também a sociedade na qualidade de destinatária dos serviços de saúde.

A pesquisa de campo, em especial a coleta de dados, foi desafiadora, haja vista que o HIV ainda é um tema muito estigmatizado. Houve dificuldade no recrutamento dessas mulheres, pois as portadoras do vírus HIV diariamente sofrem preconceito da comunidade e muitas vezes na própria unidade de saúde que são assistidas e não querem se expor. Por isto, foi necessário no mínimo dois encontros com cada paciente para que se explicasse sobre a confidencialidade da pesquisa e conseguisse aplicar o questionário sociodemográfico e a entrevista. Além disto, muitas mulheres inicialmente davam respostas curtas e objetivas com medo de externar seus sentimentos, angústias e sua vida sexual pregressa. No decorrer da entrevista, à medida que estas mulheres iam se sentindo mais à vontade, iam expondo mais a sua vida e suas emoções.

Durante a gestação e o pós-parto, essas mulheres enfrentaram uma série de considerações relacionadas à transmissão do HIV, saúde materna e neonatal, além das questões psicossociais. Percebe-se que cada mulher tem sua história de vida, de superação, realizações, decepções, medo, revolta e angústias. Algumas compartilhavam seu diagnóstico com seus parceiros ou entes de sua família, outras preferiam manter sua condição oculta e se martirizavam sozinhas. Muitas passaram pela negação do seu diagnóstico, depressão, ideação suicida, ou até mesmo tentativa de sufocamento do seu bebê. As mulheres portadoras do HIV enfrentam uma combinação complexa de vulnerabilidades sociais, econômicas, de saúde e psicológicas. A resposta a essas vulnerabilidades exige uma abordagem holística que inclua o fortalecimento de políticas de saúde pública, a promoção da equidade de gênero, o combate à discriminação e o acesso universal ao tratamento. Além disso, o apoio psicológico e social é imprescindível para ajudarem estas mulheres a lidarem com os desafios diários que o HIV impõe em suas vidas. O suporte da equipe de saúde e o acompanhamento multidisciplinar com o SAE foram cruciais para que estas mulheres se aceitassem, aceitassem sua condição

sorológica, aderissem ao tratamento, diminuindo assim a possibilidade da transmissão vertical, e passassem a ser protagonista da sua própria história.

Espera-se que os resultados desta pesquisa fertilizem o planejamento e a implementação individualizada do cuidado integral, efetivamente centrado nas MVHA acompanhadas na APS e/ou referenciadas para outros componentes do sistema de saúde. Afinal, identificar as dificuldades que as mulheres enfrentam, conhecer suas experiências e anseios pode favorecer a equidade na atenção à saúde e melhorar os indicadores concernentes ao HIV/AIDS, ampliando o conhecimento da condição sorológica, mantendo a adesão à TARV e a supressão da carga viral. Tudo isso, porém, sem apartar o processo saúde-doença do contexto sociocultural.

Para estudos futuros, recomenda-se ampliar a amostragem, incluindo gestantes e puérperas atendidas em outros serviços para aprofundar e ampliar as discussões neste estudo suscitadas ou mesmo utilizar o método aplicado neste trabalho para investigar os caminhos de outras pessoas que experienciam outras formas de adoecimento crônico.

REFERÊNCIAS

- AFFELDT, Ângela Beatriz; SILVEIRA, Mariângela Freitas da; BARCELOS, Raquel Siqueira. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, Sul do Brasil, 1998 a 2013. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, [s.l.], v. 24, p. 79-86, 2015. DOI: 10.5123/S1679-49742015000100009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/m3nkdn3qmGPGcFVs9nBGgJh/>. Acesso em: 6 nov. 2024
- ALBERTI, Verena. **Manual de História Oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.
- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. **Revista de ciências sociais**, Bahia, v. 1, n. 42, p. 29-43, 2015. Disponível em: https://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4_artigo2%20alves%20paulo%20cesar.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.
- ALVES, Paulo César. Itinerário terapêutico: cuidados à saúde e a experiência do adoecimento. In: **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. GERHARDT, Tatiana Engel *et al.* (org.). Rio de Janeiro: CEPESC, 2016. p. 125-146. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2024.
- BAPTISTA, Julia Goncalves Barreto. **Minha trajetória com HIV está aí, e eu estou trilhando: itinerários de jovens vivendo com HIV/aids**. 2022. Dissertação () – Programa de pós-graduação em Saúde da Criança e da Mulher/IFF, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: https://acervos.icict.fiocruz.br/iff/mestrado_bibsmc/julia_baptista_iff_mest_2022.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.
- BARROSO, Mariana Teixeira; PINHO, Adriana de Araújo; MONTEIRO, Simone. Contribuições do conceito de vulnerabilidade para os estudos sobre HIV/aids e mulheres: uma revisão de escopo da literatura nacional (Brasil). **Cadernos Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 32, n. 1, p. e32010164, 2024. DOI: 10.1590/1414-462X202432010164. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cadsc/a/SQZHz3q6ysZgkFRx5dxZBgm/>. Acesso em: 6 nov. 2024.
- BRASIL. Lei n.º 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 222, p. 23725, 14 nov. 1996. Disponível em: <https://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=1&data=14/11/1996>. Acesso em: 6 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2023**, n. especial, p. 9-78, dez. 2023. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>. Acesso em: 6 nov. 2024.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Relatório de monitoramento clínico do HIV 2022**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de->

conteudo/publicacoes/2023/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2022.pdf. Acesso em: 6 nov. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2022**. Número especial. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf. Acesso em: 1 nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução n.º 466, de dezembro de 2012**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo os seres humanos e constitui o primeiro marco regulatório nacional da ética aplicada à pesquisa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://wp-sites.info.ufrn.br/admin/wp-content/uploads/sites/4/2020/07/RESOLU%C3%87%C3%95ES-466-12-510-16-e-580-18.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2024.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna *et al.* Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s.l.], v. 16, n. 11, p. 4433-4442, 2011. DOI: 10.1590/S1413-81232011001200016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mYPwbjYDvWb4ScPGDyyxkr/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

CACHADO, Rita. Diário de campo. Um primo diferente na família das ciências sociais. **Sociologia & Antropologia**, [s.l.], v. 11, n. 02, p. 551-572, 2021. DOI: 10.1590/2238-38752021v11n2. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sant/a/nXMB9xWnGZmbHNqGf6MM6Ts/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

CAMARGO, Brígido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. **Tutorial para uso do software IRaMuTeQ** (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Santa Catarina: Laboratório de Psicologia Social da Comunicação e Cognição, 2018. Disponível em: <http://iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-portugais-22-11-2018>. Acesso em: 6 nov. 2024.

CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. **Revista Bioética**, [s.l.], v. 29, n. 2, p. 374-383, 2021. DOI: 10.1590/1983-80422021292475. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/bioet/a/59QZ8jvL3p5Kq6qJnSKqdrJ/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

CARVALHO, Jamille Maria Rodrigues; MONTEIRO, Simone Souza. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. **Cadernos de Saúde Pública**, [s.l.], v. 37, n. 6, p. e00169720, 2021. DOI: 10.1590/0102-311X00169720. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YPNSbgyxRYMPcjLWXFFXkgR/?lang=pt>. Acesso em: 6 nov. 2024.

CHO, Sumi; CRENSHAW, Kimberlé Williams; MCCALL, Leslie. Toward a field of intersectionality studies: Theory, applications, and praxis. **Signs**, Boston, v. 38, n. 4, p. 785-

810, 2013. Disponível em: <https://www.journals.uchicago.edu/doi/pdf/10.1086/669608>. Acesso em: 6 nov. 2024.

DEMÉTRIO, Fran; SANTANA, Elvira Rodrigues de; PEREIRA-SANTOS, Marcos. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 43, n. spe7, p. 204-221, 2024. DOI: 10.1590/0103-11042019S716. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/THvRbrVLKYtqLydhYcrthfQ/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

FAVORETO, Cesar Augusto Orazem. A construção e avaliação da clínica na perspectiva da integralidade: uma rede complexa de palavras e coisas e de saberes e práticas. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 185-204. Disponível em: <https://lappis.org.br/site/gestao-em-redes-praticas-de-avaliacao-formacao-e-participacao-na-saude/4706>. Acesso em: 6 nov. 2024.

FERNANDES, Ítalo; BRUNS, Alves de Toledo Maria. revisão sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 60-67, 2021. DOI: 10.35919/rbsh.v32i1.916. Disponível em: https://www.rbsh.org.br/revista_sbrash/article/view/916. Acesso em: 6 nov. 2024.

FERREIRA, Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v. 17, n. 11, p. 3087-3098, 2012. DOI: 10.1590/S1413-81232012001100025. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/h4PSJWNfbjWLyNgxnbNH6Kv/>. Acesso: 6 nov. 2024.

GALVÃO, Jane. **AIDS no Brasil**: a agenda de construção de uma epidemia. São Paulo: Editora 34, 2000.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, [s. l.], v. 22, n. 11, p. 2449-2463, 2006. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csp/v22n11/19.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2024.

GERHARDT, Tatiana Engel; BURILLE, Andreia; MÜLLER, Tatiana Leite. Estado da arte da produção científica sobre itinerários terapêuticos no contexto brasileiro. In: GERHARDT Tatiana Engel *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos**: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2016. p. 27-97. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. São Paulo: Atlas, 2018.

GRECO, Dirceu B. A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. **Estudos Avançados**, [s. l.], v. 22, n. 64, p. 73-94, 2008. DOI: 10.1590/S0103-40142008000300006. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/wDqrgD5DQM4YZgbqjWbSyYh/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

LÓPEZ, Laura Cecilia. Analysis of the HIV/AIDS Policies from a Gender and Race Intersectional Perspective. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 590-603, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000300006>. Acesso em: 30 out. 2024.

MARANHÃO, Thatiana Araújo.; PEREIRA, Maria Lúcia Duarte. Determinação social do HIV/AIDS: revisão integrativa. **Revista Baiana de Enfermagem**, [S. l.], v. 32, 2018. DOI: 10.18471/rbe.v32.20636. Disponível em:

<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/20636>. Acesso em: 4 dez. 2024. MEIHY, José Carlos Sebe; HOLANDA, Fabíola. **História oral**: como fazer. como pensar. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2010.

MELO, Eduardo Alves; MAKSUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? **Revista Panamericana de Salud Pública**, [s. l.], v. 42, n. 23, p. e151, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.151. Disponível em:

<https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e151#>. Acesso em: 6 nov. 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009, p. 9-29.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira Fantin; BÓGUS, Cláudia Maria. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 13, n. 3, p. 44-57, 2004. DOI: 10.1590/S0104-12902004000300006. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RVqT6nk8tM8q3rLf5FSfGKN/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

NONATO, Anne Caroline Oliveira *et al.* Perfil Epidemiológico do HIV/AIDS em Gestantes: 2018 a 2023. **Amadeus International Multidisciplinary Journal**, [s. l.], v. 8, n. 15, p. 14-28, 2024. Disponível em: <https://amadeusjournal.emnuvens.com.br/amadeus/article/view/187>. Acesso em: 6 nov. 2024.

OLIVEIRA, Raissa Bastos *et al.* Tecendo caminhos de cuidado: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, [S. l.], v. 17, n. 10, p. e12106, 2024. DOI: 10.55905/revconv.17n.10-442. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/12106>. Acesso em: 5 dez. 2024.

PARAÍBA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência Executiva de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico 01 HIV/IDS**. 1 dez. 2023. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/diretas/saude/arquivos-1/vigilancia-em-saude/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids.pdf>. Acesso em: 17 ago. 2024.

PEROTTA, Mariana *et al.* Sociodemographic profile and gestacional aspects of women with hiv/aids in Curitiba, Brazil. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, [s. l.], v. 44, p. e20220202, 2023. DOI: 10.1590/1983-1447.2023.20220202.en. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/SP9k3kwHSDD9y6zrwCWYXpJ/>. Acesso em: 6 nov. 2024.

PINHO, Clarissa Mourão *et al.* Avaliação das medidas de controle do HIV na atenção básica. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 8, p. e3462-e3462, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e3462.2020>. Acesso em: 2 nov. 2024.

ROCHA, Fatima *et al.* A interface entre atenção primária e especializada em cenário de descentralização de cuidados em HIV/Aids. **Saúde em Debate** [online]. v. 46, n. spe7, p. 19-30, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E701>. Acesso em: 4 dez. 2024.

RODRIGUES, Marilza; MAKSDUD, Ivia. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, [s.l.], v. 41, n. 113, p. 526-538, 2017. DOI: 10.1590/0103-1104201711314. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/qTKTctQZSKQKpDg8bfNJ6fQ/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

RUIZ, Eliziane Nicolodi Francescato; GERHARDT, Tatiana Engel. Etnografando dádivas e fazendo aparecer o cuidado em itinerários terapêuticos: anseios e incursões de uma “primeira viagem”. In: GERHARDT, Tatiana Engel *et al.* (org.). **Itinerários terapêuticos: integralidade no cuidado, avaliação e formação em saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2016. p. 185-202. Disponível em: <https://cepesc.org.br/wp-content/uploads/2017/07/livro-itinerarios-terapeuticos-1.pdf>. Acesso em: 7 nov. 2024.

SPÍNDOLA, Thelma; ALVES, Carmem Fernandes. Perfil de mulheres portadoras do HIV de uma maternidade no Rio de Janeiro. **Rev esc enferm USP**, São Paulo, v. 33, n. 1, p. 66-80, 1999. DOI: 10.1590/S0080-62341999000100008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reuusp/a/zdChWbr5VRM3YrbCGpwGpqn/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

UNAIDS. **Estatísticas**. 2023. Estatísticas sobre HIV e AIDS disponíveis nos relatórios do UNAIDS, assim como informativos do Brasil atualizados pelo Ministério da Saúde. Brasília, DF: UNAIDS, 2023b. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

UNAIDS. **O caminho que põe fim à AIDS**: Relatório Global do UNAIDS 2023. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Brasília, DF: UNAIDS, 2023a. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2023/07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf. Acesso em: 7 nov. 2024.

VINUTO, Juliana. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. **Temáticas**, Campinas, v. 22, n. 44, p. 203-220, ago./dez. 2014. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977. Disponível em: <https://econtents.bc.unicamp.br/inpec/index.php/tematicas/article/view/10977>. Acesso em: 4 out. 2024.

ZAMBENEDETTI, Gustavo; SILVA, Rosane Azevedo Neves da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. **Physis**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 785-806, 2016. DOI: 10.1590/S0103-73312016000300005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/RQS4MYyn5zV9f7FZjNbLLFn/>. Acesso em: 7 nov. 2024.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Participação no estudo

Você está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada “O Itinerário Terapêutico de mulheres portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana”, desenvolvida por Raissa Bastos Oliveira, médica ginecologista e obstetra do Hospital Universitário Lauro Wanderley (HULW). O objetivo deste estudo é compreender a busca por cuidados em saúde de mulheres portadoras de HIV/AIDS, atendidas no Serviço de Atendimento Especializado do HULW, na cidade de João Pessoa.

Caso a senhora deseje participar, os procedimentos envolvidos são participar de, no máximo, duas entrevistas individuais, de cerca de 40 minutos, com escuta ativa, as quais serão gravadas. Após a entrevista, os dados serão transcritos e analisados. Isso ajudará a descrever e analisar a sua postura e as suas atitudes diante do processo de adoecimento, para, assim, auxiliar na compreensão das diferentes formas de cuidar de pacientes portadoras de HIV/AIDS e melhorar o tratamento e a qualidade de vida de cada uma.

Riscos e Benefícios

Com a sua participação nesta pesquisa, a senhora será exposta a alguns riscos, tais como: desconforto, constrangimento, tristeza ou alterações de comportamento durante a gravação da entrevista; alterações na autoestima provocadas por evocação de memórias ou por reforço na conscientização sobre uma condição física ou psicológica restritiva ou incapacitante; medo de não saber responder ou de ser identificada; estresse, cansaço ou vergonha ao responder às perguntas; quebra de anonimato. Caso isso aconteça, a entrevista será interrompida imediatamente e só será retomada quando a senhora estiver se sentindo melhor e mais tranquila. O risco de quebra de anonimato será minimizado pela omissão de dados que possam identificar a senhora, como nome, iniciais, registros individuais, informações postais, números de telefone, endereços eletrônicos.

Em caso de danos decorrentes do relato, será assegurado o direito à assistência integral e gratuita, sob responsabilidade da pesquisadora responsável, pelo tempo que for necessário, bem como o direito de a senhora buscar indenização.

Esta pesquisa tem como benefícios um melhor entendimento dos caminhos para buscar atendimento em saúde e das formas de lidar com a doença, permitindo a construção de um cuidado mais próximo da realidade de cada uma, além de uma assistência efetiva e de qualidade, compartilhando estratégias e hábitos para uma melhor qualidade de vida.

Sigilo, Anonimato e Privacidade

O material e as informações obtidas podem ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos, sem sua identificação. Quando os dados forem transcritos, serão colocados apelidos para que as participantes não sejam identificadas. Os áudios serão reproduzidos apenas pela pesquisadora, para transcrição dos dados, e a sua identidade será preservada.

Os pesquisadores se responsabilizam pela guarda e pela confidencialidade dos dados, bem como pela não exposição individualizada dos dados da pesquisa. Sua participação é

voluntária e a senhora terá a liberdade de se recusar a responder quaisquer questões que lhe ocasionem constrangimento de alguma natureza.

Autonomia

A senhora também poderá desistir da pesquisa a qualquer momento, sem que a recusa ou a desistência lhe acarrete qualquer prejuízo. É assegurada a assistência durante toda a pesquisa, e garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências. Se, com a sua participação na pesquisa, for detectado que a senhora apresenta alguma condição que precise de tratamento, será fornecida orientação da equipe de pesquisa para um atendimento especializado. A senhora também poderá entrar em contato com os pesquisadores, em qualquer etapa da pesquisa, por e-mail ou telefone, a partir dos contatos dos pesquisadores que constam no final do documento.

Devolutiva dos resultados

Os resultados da pesquisa poderão ser solicitados a partir de janeiro de 2024, por meio de contato telefônico ou presencial. Ressalta-se que os dados coletados nesta pesquisa, seja informações de prontuários, gravação de imagem, voz, audiovisual ou material biológico, somente poderão ser utilizados para as finalidades da presente pesquisa, sendo que para novos objetivos um novo TCLE deve ser aplicado.

Ressarcimento e Indenização

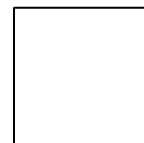
Lembramos que a sua participação é voluntária, o que significa que a senhora não poderá ser paga, de nenhuma maneira, por participar desta pesquisa. De igual forma, a participação na pesquisa não implica em gastos à senhora. No entanto, caso a senhora tenha alguma despesa decorrente da participação, tais como transporte, alimentação, entre outros, haverá ressarcimento em dinheiro do valor gasto. Se ocorrer algum dano decorrente da sua participação na pesquisa, a senhora será indenizada, conforme determina a lei.

Após ser esclarecido sobre as informações da pesquisa, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine o consentimento de participação em todas as páginas e no campo previsto para o seu nome, que é impresso em duas vias, sendo que uma via ficará em posse do pesquisador responsável e a outra via com a senhora.

Consentimento de Participação

Eu _____ concordo em participar, voluntariamente da pesquisa intitulada “O Itinerário Terapêutico de mulheres portadoras do vírus da Imunodeficiência Humana” conforme informações contidas neste TCLE.

João Pessoa, _____ de _____ de 2023.



Assinatura: _____ Impressão dactiloscópica

Pesquisadora responsável: Raissa Bastos Oliveira

E-mail para contato: raissabo.rbo@gmail.com

Telefone para contato: (83) 99834-8884

Assinatura da pesquisadora responsável: _____

O Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) é composto por um grupo de pessoas que estão trabalhando para garantir que os seus direitos como participante sejam respeitados, sempre se pautando pelas Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O CEP tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Caso a senhora ache que a pesquisa não está sendo realizada da forma que imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, a senhora pode entrar em contato com o pesquisador responsável ou com o Comitê de Ética do Centro de Ciências Médicas.

Endereço: Centro de Ciências Médicas, 3º andar, Sala 14, Campus I - Cidade Universitária - Bairro Castelo Branco CEP: 58059-900 - João Pessoa - PB. Telefone: (083) 3216-7308. E-mail: comitedeetica@ccm.ufpb.br.

**APÊNDICE B - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES
CONVIVENDO COM HIV/AIDS**

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO DE MULHERES CONVIVENDO COM HIV/AIDS	
Prontuário:	Nº da ficha:
Idade:	Raça: () Preta () Parda () Amarela () Branca () Outra () Não relatado
Nível de Escolaridade: () Nenhum () Ensino Fundamental Incompleto () Ensino Fundamental Completo () Ensino Médio Incompleto () Ensino Médio Completo () Ensino Superior Incompleto () Ensino Superior Completo	
Profissão:	Atividade remunerada mensal: () Sim () Não
Estado civil: () Solteira () Casada () Viúva () União Estável () Separada/Divorciada () Não relatado	
Antecedentes Obstétricos e Pessoais	
G__P__A__ (Parto Normal:___/Cesárea:___)	Gestante no momento: () Sim () Não Idade Gestacional: ____
Número de parceiros sexuais: Na vida: ____/ No último ano: ____	Uso de preservativo: () Sim () Não
Comorbidades: () Não () Sim. Quais? _____	
Data do diagnóstico de HIV: () Fora do período gestacional () Durante a gestação () No momento do parto	
Medicação em uso: () Não () Sim. Quais? _____	
Uso regular de Antirretrovirais: () Não () Sim	
Esquema de Antirretroviral:	
Última dosagem de carga viral: ____ / ____ / ____ Valor: ____	
Última dosagem de CD4: ____ / ____ / ____ Valor: ____	

**APÊNDICE C - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PARA COLETA
DE DADOS**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA - O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE MULHERES
PORTADORAS DO VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA**

Perguntas:

1. Como você descobriu que estava com o vírus HIV?
2. Qual foi o seu sentimento ao receber o diagnóstico?
3. Algo mudou na sua vida (pessoal, familiar, sexual, profissional ou na saúde) logo após o diagnóstico?
4. Onde você procurou ajuda após o diagnóstico? Qual foi a sua rede de apoio (família, amigos, religião, serviço de saúde)?
5. Você buscou outros tipos de tratamento, além da medicação para o vírus?
6. Qual o seu sentimento em relação às outras mulheres que não são portadoras do vírus HIV?
7. Quais as mudanças ocorreram em relação a sua sexualidade após o diagnóstico?
8. Você sofreu algum tipo de preconceito por ser portadora do HIV?

ANEXO A

ANEXO A – Comprovante de Submissão ao periódico *Boletim de Conjuntura (BOCA)* do artigo “Atenção Primária à Saúde HIV/AIDS: um estudo cientométrico sobre o cuidado integral e prevenção em gestantes e puérperas”

The screenshot shows the submission interface for the journal *Boletim de Conjuntura (BOCA)*. The page title is "6017 / BASTOS OLIVEIRA et al. / ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE - HIV/AIDS". The left sidebar contains a "Submissões" menu. The main content area has tabs for "Fluxo de Trabalho" and "Publicação", with "Publicação" being the active tab. Under "Publicação", there are sub-tabs: "Submissão", "Avaliação", "Edição de Texto", and "Editoração". The "Submissão" sub-tab is active, displaying the "Arquivos da Submissão" section. This section lists two files: "11994-1 - raisubastost, Artigo revisado sem identificação - Boca.docx" and "11995-1 - raisubastost, Declaração de revisão e normalização.pdf", both dated November 20, 2024. Below this is a "Discussão da pré-avaliação" section with a table of comments.

Nome	De	Última resposta	Respostas	Fechado
Comentários para o editor	raisubastost	equipeeditorialboca	1	☐
	2024-11-20 10:15	2024-11-20 07:37		

ANEXO B - Comprovante de publicação. Periódico *Contribuciones a las Ciencias Sociales* do Artigo “Tecendo caminhos de cuidado: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS”



ISSN 1888-7833
editor@revistacontribuciones.com

Cadastro Acesso

SOBRE ▾ POLÍTICAS EDITORIAIS ▾ ATUAL ARQUIVOS ▾ TAXA DE PUBLICAÇÃO FONTES DE INDEXAÇÃO Q BUSCAR

CITAÇÕES - GOOGLE ACADÉMICO ÍNDICE HS QUALIS CAPES TEMPLATE PARA OS AUTORES

INÍCIO ▾ ARQUIVOS ▾ V. 17 N. 10 (2024) ▾ Artigos ▾

Tecendo caminhos de cuidado: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS

Raissa Bastos Oliveira
Eduardo Sérgio Soares Sousa
Rilva Lopes de Sousa Munõz
Flávia Cristina Nogueira Ribeiro Teixeira
Adriel Vítor Sabino da Costa Neves

PDF

PUBLICADO
2024-10-28

COMO CITAR

Oliveira, R. B., Sousa, E. S. S., Munõz, R. L. de S., Teixeira, F. C. N. R., & Neves, A. V. S. da C. (2024). Tecendo caminhos de cuidado: o encontro de vidas e saúde integral na jornada com HIV/AIDS. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(10), e12106. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-442>

Formatos de Citação ▾

Palavras-chave: Atenção primária à saúde, assistência integral à saúde da mulher, HIV, itinerário terapêutico

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde é fundamental para a integralidade do itinerário terapêutico das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Objetivou-se

ENVIAR SUBMISSÃO

PALAVRAS-CHAVE



MAIS LIDOS DA SEMANA

Template para os autores
👁 357

O problema da privatização no campo educacional
👁 219

Impacto do tabagismo no infarto agudo do miocárdio
👁 217

Um estudo sobre o uso da escala de Likert na coleta de dados qualitativos e sua correlação com as ferramentas estatísticas
👁 108