



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

ADRIANA ROSA SPADER

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

Porto Alegre 2021

ADRIANA ROSA SPADER

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

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

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

Porto Alegre 2021

### CIP - Catalogação na Publicação

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

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

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

## **ATA DE DEFESA**

ADRIANA ROSA SPADER

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

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

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

### **BANCA EXAMINADORA**

---

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

---

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

---

Prof. Dr Luiz Fernando Calage Alvarenga (UFRGS)

## AGRADECIMENTOS

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

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

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

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

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

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

## APRESENTAÇÃO

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

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

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

## SÍNDROME DA HUMANA DEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

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

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

**Paulo Sabino**

## RESUMO

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

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

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

## **ABSTRACT**

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

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

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

## LISTA DE FIGURAS

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

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

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

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

## SUMÁRIO

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

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

## 1 INTRODUÇÃO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

tínhamos 10 mulheres (BRASIL, 2020b).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2 OBJETIVOS

### 2.1 OBJETIVO GERAL

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

### 2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

### 3 MARCO TEÓRICO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.2 TRATAMENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.3 TERAPIA COMBINADA

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

A cascata é composta por cinco etapas fundamentais:

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

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

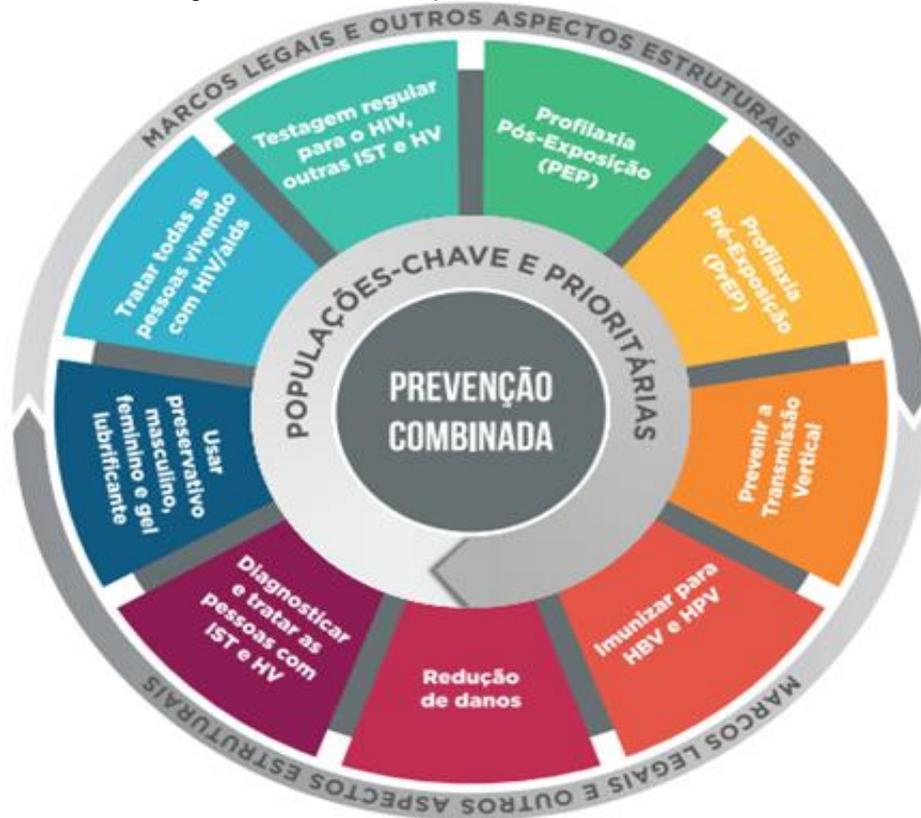
A mandala de prevenção combinada do HIV é a simbologia das estratégias de prevenção dando ideia de movimento, centrada no usuário, nos grupos sociais e na sociedade em que vivem, sendo integral e singular para cada situação (BRASIL, 2021). Combina estratégias de prevenção biomédicas, comportamentais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

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

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

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

Figura 1 - Mandala da prevenção combinada do HIV



Fonte: BRASIL, 2017b.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Figura 2 – Divisão dos distritos sanitários de Porto Alegre



Fonte: SMS/CGVS, 2017

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para Cabral *et al.* (2011):

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

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

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

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

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

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

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

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

### 3.6 ESTIGMA E O HIV

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

al., 2009).

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

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

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

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

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

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

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

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

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



Fonte: Arquivo pessoal, 2019.

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

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

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

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

Figura 4 - Sala de costura da associação de moradores NACIPAZ



Fonte: Arquivo pessoal, 2021.

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

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

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

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

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

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

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

---

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### 4.1 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

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

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

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

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

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

## **7 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

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

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

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

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

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

## 8 PRODUTOS TÉCNICOS

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

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

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

Figura 12 – Folder profilaxia medicamentosa contra a infecção pelo HIV



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

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

#### PEP – PROFILAXIA PÓS EXPOSIÇÃO AO HIV

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

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

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

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

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

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

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

#### PREP- PROFILAXIA PRÉ EXPOSIÇÃO AO HIV

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

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

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

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

SAE CENTRO - SANTA MARTA  
FONE: 3289.2926 E 3289.2925

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

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

#### REFERÊNCIAS:

WWW.AIDS.GOV.BR

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



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

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

Figura 13 – Folder informativo sobre HIV/AIDS



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

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



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




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

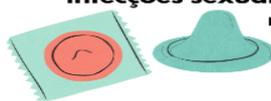
**COMO NÃO É TRANSMITIDO?**  
A transmissão **NÃO OCORRE** abraçando, beijando, dividindo objetos como talheres ou alimentos. Ou seja, você não precisa afastar portadores de HIV da sua convivência.



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

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

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



**Nunca compartilhe seringas ou agulhas injetáveis;**

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



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




Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

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

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

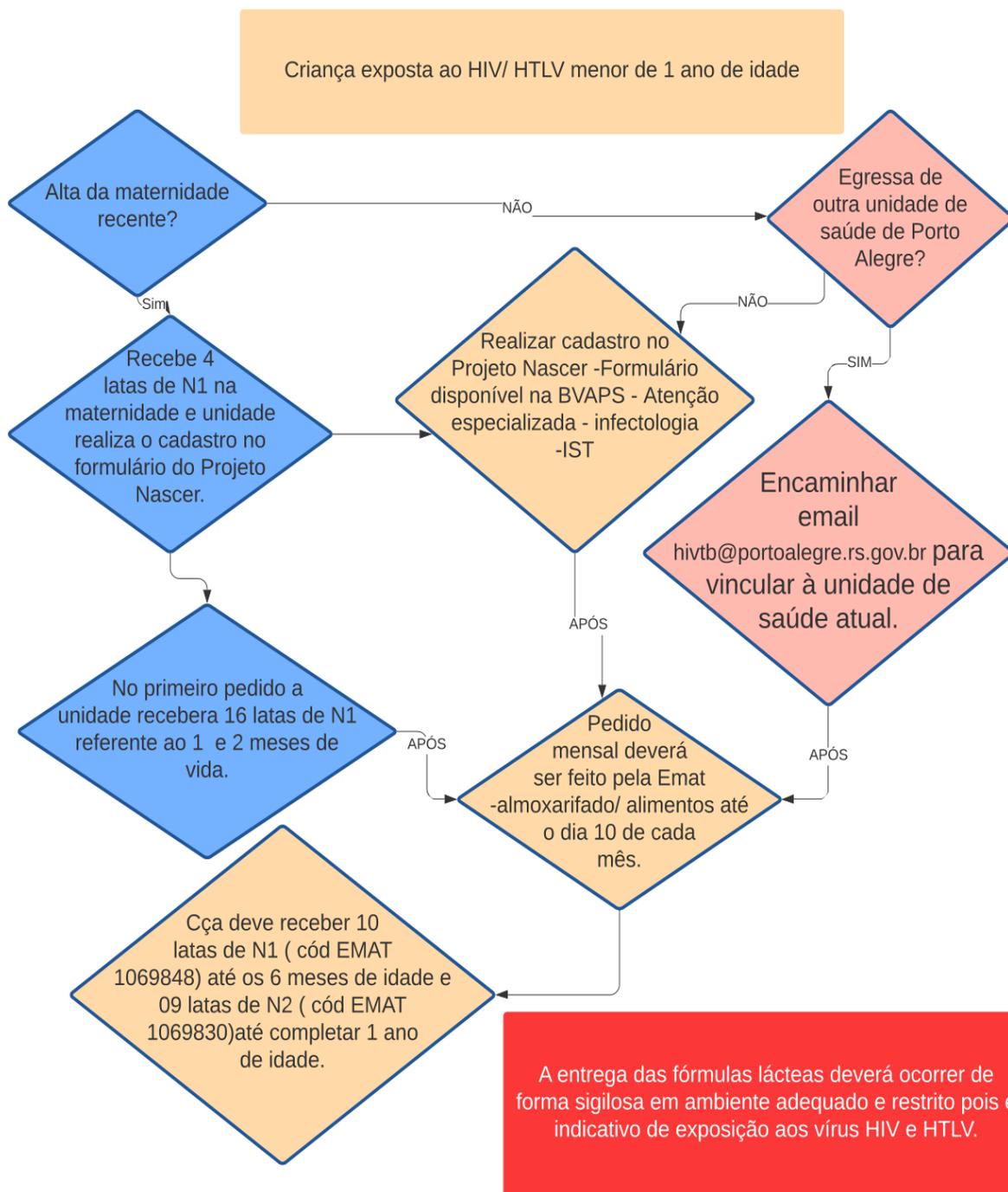
Material elaborado surgiu a partir da escuta de mulheres sobre o fornecimento das fórmulas lácteas na unidade de saúde e de que acreditam que algumas mulheres não buscam o benefício pois não há confidencialidade na entrega das latas.

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

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

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

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



### REFERÊNCIAS:

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



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2021.

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

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

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

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

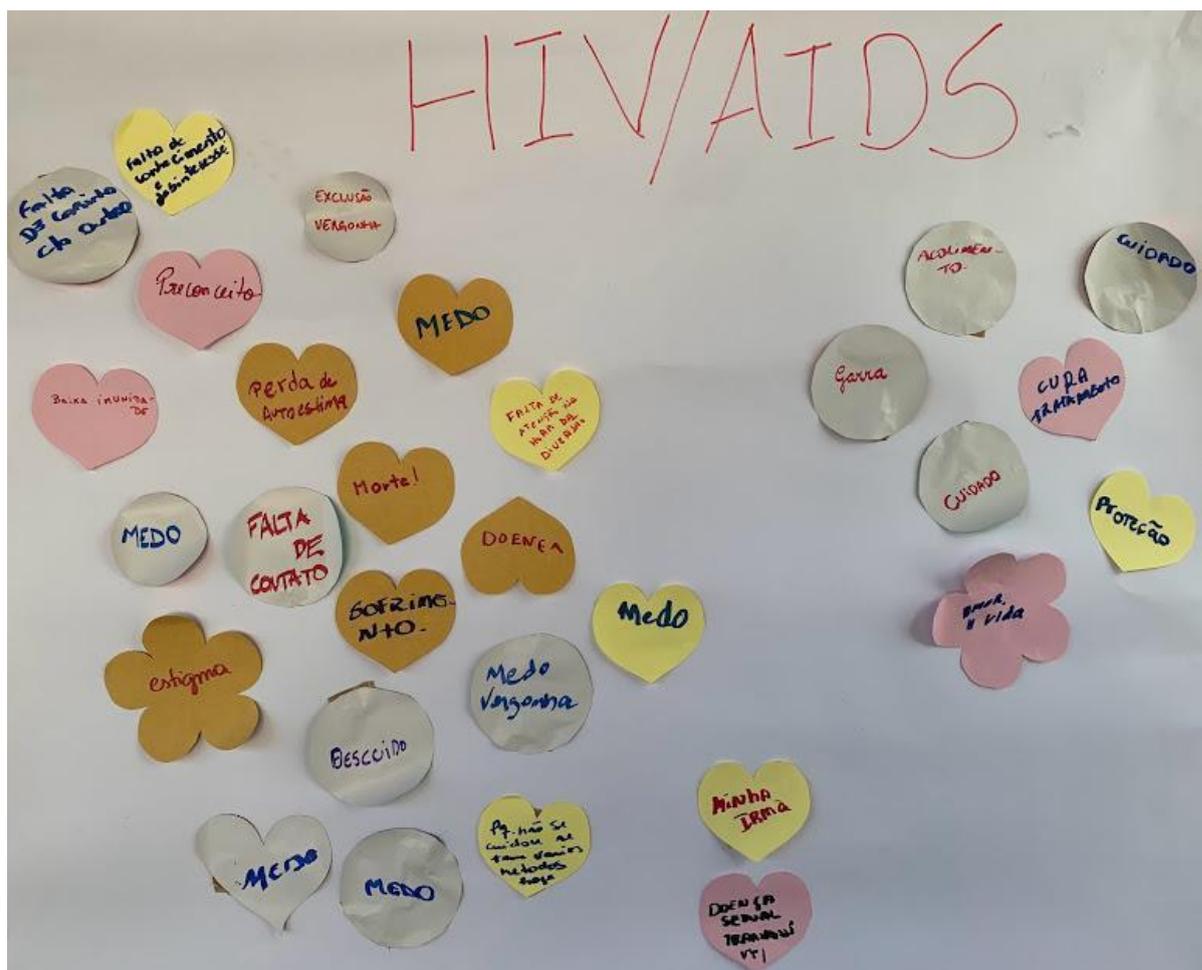
Ao iniciarmos a oficina sobre HIV/ AIDS as mulheres foram convidadas a escrever e um papel uma palavra ou frase que representasse para elas o HIV/ AIDS , utilizando a metodologia de ensino e aprendizagem tempestade cerebral.

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

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

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

Figura 15 – Tempestade cerebral



Fonte: Material da pesquisa, 2021.

Figura 16 - Oficina com mulheres



Fonte : Material da pesquisa, 2021.

## 8.5 AÇÕES DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE

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

A EPS é definida pelo Ministério da Saúde como:

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

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

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



Fonte : Material da pesquisa, 2021.

## REFERÊNCIAS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5624, de 18 de setembro de 1985, dando novo ordenamento ao benefício de gratuidade no Sistema de Transporte Público de Passageiros de Porto Alegre — STPOA, adequando-o à nova legislação municipal e dá outras providências. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/cgi-bin/nph-brs?s1=000012622.DOCN.&l=20&u=%2Fnetahtml%2Fsirel%2Fsimples.html&p=1&r=1&f=G&d=atos&S ECT1=TEXT>. Acesso em 01 out. 2021.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

\_\_\_\_\_

Participante

\_\_\_\_\_

Pesquisado

## ANEXO B - ENTREVISTA – QUESTÕES NORTEADORAS

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

Idade:

Escolaridade:

Raça/Cor:

Ano de descoberta da infecção por HIV:

Questões Norteadoras :

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

## APÊNDICE A –PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP – SMS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** fabiana schneider pires

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 41510620.2.3001.5338

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.653.189

#### Apresentação do Projeto:

TRATA-SE DE UM RETORNO DE PENDÊNCIAS

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

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

**Bairro:** Centro Histórico

**CEP:** 90.010-040

**UF:** RS

**Município:** PORTO ALEGRE

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.653.189

construção do mapa corporal narrado (body map storytelling).

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.653.189

itinerários nas redes de atenção à saúde

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

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

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

**Recomendações:**

Não há novas recomendações.

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

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

Resposta da pesquisadora: "anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

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

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 4.653.189

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

Resposta da pesquisadora: "anexado na Plataforma Brasil".

Situação: pendência atendida.

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

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

Situação: pendência atendida.

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

Situação: pendência atendida.

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

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 4.653.189

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

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

Situação: pendência atendida.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

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

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1715956.pdf	29/03/2021 18:24:21		Aceito
Outros	termo_de_compromisso_uso_de_dados_MCN.pdf	29/03/2021 18:23:57	fabiana schneider pires	Aceito
Declaração de Pesquisadores	formulario_de_projeto_de_pesquisa_cep_smspa.pdf	29/03/2021 18:22:51	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	cartaCEP_SMS.docx	29/03/2021 18:21:46	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil4.docx	29/03/2021 18:20:52	fabiana schneider pires	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	mcnplataformabrasil3.docx	05/03/2021 11:34:22	fabiana schneider pires	Aceito
Outros	carta_CEP2.docx	05/03/2021 11:33:41	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas3.docx	05/03/2021 11:32:32	fabiana schneider pires	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tclemapas2.docx	24/02/2021 15:50:12	fabiana schneider pires	Aceito

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



SECRETARIA MUNICIPAL DE  
SAÚDE DE PORTO ALEGRE/  
SMSPA

Continuação do Parecer: 4.653.189

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

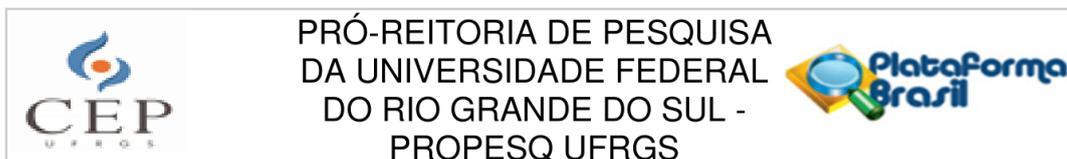
PORTO ALEGRE, 15 de Abril de 2021

---

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

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

## APÊNDICE B – PARECER CONSUBSTANCIADO CEP PLATAFORMA BRASIL



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPESQ UFRGS

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

**Pesquisador:** fabiana schneider pires

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 41510620.2.0000.5347

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

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

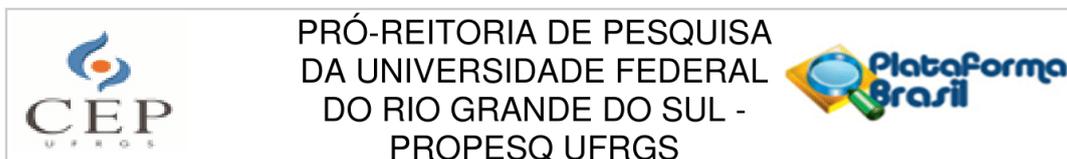
**Número do Parecer:** 4.584.675

#### Apresentação do Projeto:

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

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

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

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

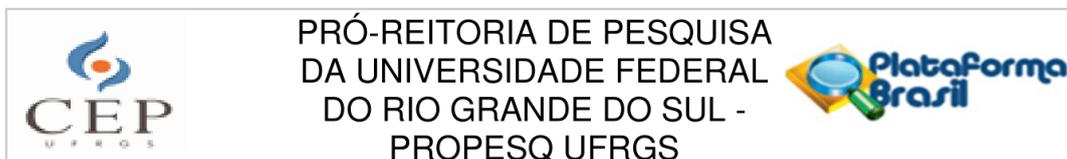
Como objetivos específicos são apresentados:

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

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

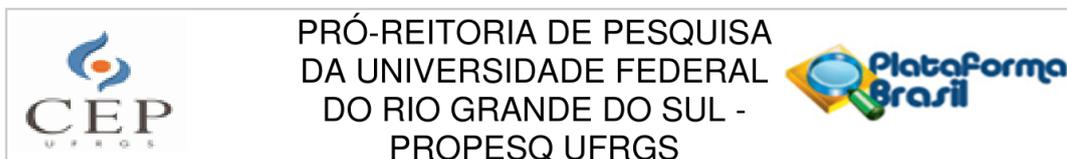
A pesquisa propõe uma abordagem qualitativa, sendo descrita como “de caráter exploratório descritivo, do tipo estudo de caso”. A pesquisadora mestranda pretende a “construção dos mapas corporais narrados” das participantes”.

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

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

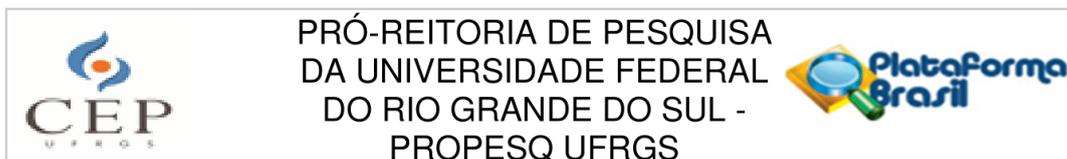
As pesquisadoras informam que “Segundo dados disponíveis no site da Coordenadoria Geral em Saúde de Porto Alegre de 2010 até 2020 foram notificados 40 casos de HIV em mulheres e 57 casos de AIDS em mulheres vinculadas a endereços pertencentes à U.S Chácara da Fumaça”. As participantes serão inicialmente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

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

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

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

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

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

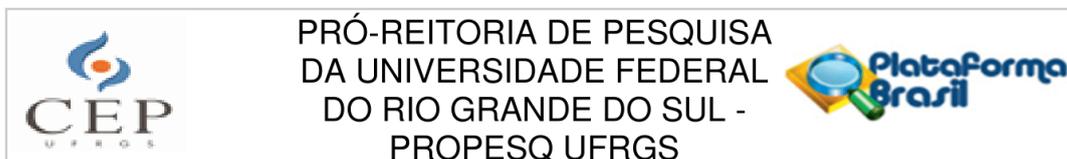
As questões de confidencialidade, privacidade e não-prejuízo foram esclarecidas no projeto detalhado, com a indicação dos cuidados que as pesquisadoras terão com as informações nos prontuários, o material visual produzido e os dados das entrevistas.

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

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

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

Abaixo, são listadas as pendências desde a primeira versão.

1. Orçamento

PENDÊNCIA ATENDIDA

A responsabilidade pelo orçamento foi atualizada.

2. Amostra

PENDÊNCIA ATENDIDA

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

3. Detalhamento metodológico

PENDÊNCIA ATENDIDA

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

4. Convite

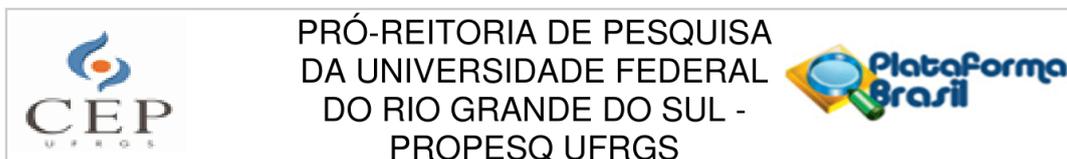
PENDÊNCIA ATENDIDA

A forma de convidar as participantes foi explicada.

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

PENDÊNCIA ATENDIDA

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

#### 6. TCLE

A linguagem empregada ao longo do documento é rebuscada.

#### PENDÊNCIA ATENDIDA

O TCLE foi reformulado.

#### 7. Pandemia de Covid-19

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

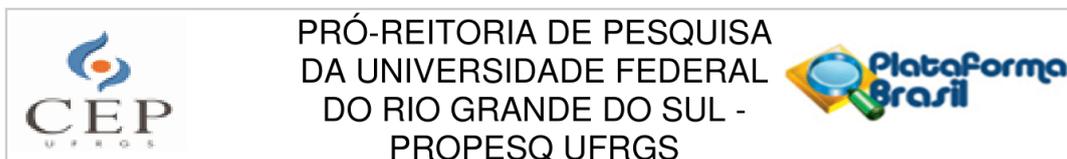
Quais as considerações e os cuidados que a equipe de pesquisa fez e planeja para assegurar a segurança e a saúde das participantes?

Existe um planejamento para outras estratégias de coleta de dados?

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

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

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

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

As pesquisadoras responderam às questões colocadas explicando que

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

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

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

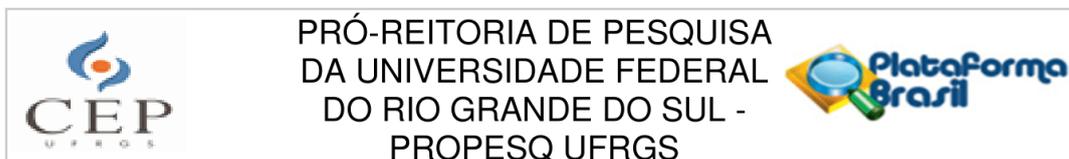
- “Os procedimentos adotados são aqueles recomendados pela OMS: distanciamento entre a pesquisadora e a participante de no mínimo 1,5m, uso de máscara (pesquisadora e participante), álcool em gel disponível para higienização das mãos, cuidados com ventilação da sala utilizada para o estudo. Foram adicionados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

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

**Considerações Finais a critério do CEP:**

APROVADO.

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



PRÓ-REITORIA DE PESQUISA  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL -  
PROPESQ UFRGS

Continuação do Parecer: 4.584.675

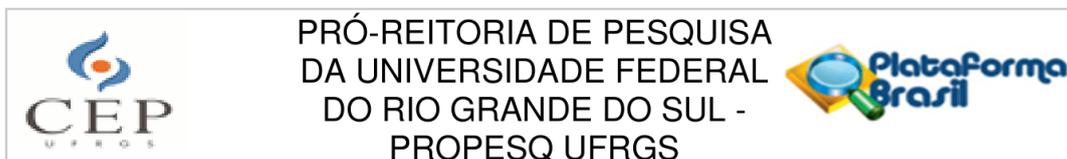
**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

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

**Situação do Parecer:**

Aprovado

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



Continuação do Parecer: 4.584.675

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Março de 2021

---

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

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