



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA**

DANIELA MARIA BASTOS NUNES

**O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR**

Feira de Santana/BA
2026

DANIELA MARIA BASTOS NUNES

**O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na **Linha de Pesquisa:** Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra Dayliz Quinto Pereira

Feira de Santana/BA

2026

Ficha Catalográfica - Biblioteca Central Julieta Carteadó – UEFS

N924

Nunes, Daniela Maria Bastos

O cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS em um município da região metropolitana de Salvador / Daniela Maria Bastos Nunes. – 2026.

88 f.: il.

Orientadora: Dayliz Quinto Pereira

Dissertação (mestrado profissional) – Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2026.

1.Saúde pública. 2.HIV/AIDS - Mulheres. 3.Políticas públicas. 4.Práticas de cuidado – Qualificação. 5.Centro de Referência e Especialidades em Saúde (CRES), Camaçari, BA. 6.Profissionais do CRES – Público feminino.

I. Pereira, Dayliz Quinto, orient. II. Universidade Estadual de Feira de Santana.

III. Título.

CDU 616.9(814.22)

DANIELA MARIA BASTOS NUNES

**O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO
DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde Coletiva (MPSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva na **Linha de Pesquisa:** Gestão do Trabalho, Educação Permanente e Cuidado em Saúde.

Orientadora: Prof. Dra Dayliz Quinto Pereira

Aprovada em 27/04/2026.

BANCA EXAMINADORA



Documento assinado digitalmente

DAYLIZ QUINTO PEREIRA

Data: 01/06/2026 19:25:09-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professora Dra. Dayliz Quinto Pereira
Universidade Estadual de Feira de Santana (Orientadora)

Documento assinado digitalmente



MARCIO COSTA DE SOUZA

Data: 02/06/2026 10:49:35-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professor Dr. Marcio Costa de Souza
Universidade Estadual de Feira de Santana (Membro Interno)

Documento assinado digitalmente



FERNANDA WARKEN ROSA CAMELIER

Data: 02/06/2026 09:51:57-0300

Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Professora Dra. Fernanda Warken Rosa Camelier
Universidade do Estado da Bahia (Membro Externo)

Feira de Santana/BA

2026

*Dedico esta pesquisa a todas as mulheres que vivem com HIV/AIDS
e a todos os profissionais de saúde que cuidam delas.*

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar e sempre grata a Deus por tudo na minha vida. Aqui, um sonho realizado!

Aos meus pais Miguel e Beatriz, *os melhores orientadores da minha vida inteira*.

Com amor agradeço ao meu esposo Anselmo pela parceria de sempre, paciência e apoio; e aos meus amados filhos, Iago e Iasmin – os incentivadores do meu sucesso.

Gratidão a todos que participaram com palavras, presença e me apoiaram de tantas maneiras.

Ao Professor Marcio Souza por ter me orientado em direção à UEFS; gratidão pela disponibilidade, orientação e bate-papo como Coordenador do curso e amigo da turma 7.

À Professora Dayliz pelas orientações, confiança e ensinamentos. Gratidão pelo resultado.

Ao Professor Roberto e Prof Fernanda pela disponibilidade e participação nas bancas.

Às Professoras Mariana e Cláudia pela disponibilidade e composição da Banca.

Aos professores do MPSC da UEFS pelos ensinamentos e um abraço especial para Maíra (Téc. Universitária) sempre muito atenciosa e cuidadosa.

Gratidão especial à Daisy (do Mestrado para a vida) – uma amiga acolhedora, cuidadosa e presente em todo o tempo. Gratidão à Deni e Samia tão acolhedoras e disponíveis e à Talita, mesmo sem me conhecer, sempre me incentivou – *Pessoas de luz: Anjos enviados por Deus*.

Às amigas “da UEFS para a vida” que o Mestrado me permitiu conhecer e conviver (Daisy, Samia, Larissa e Rila); às meninas da Pousada, maravilhosas e eternas lembranças.

À querida, inesquecível, unida e comprometida Turma 7 pelo companheirismo e amizade que nos uniram desde o primeiro encontro; pelas conversas, trocas de experiências e de angústia também com os assuntos acadêmicos. Formamos a melhor turma do MPSC/UEFS.

Aos profissionais do CRES, onde fui tão bem acolhida e realizei a pesquisa. Gratidão a Sueli (coordenadora) pela receptividade, apoio e carinho; abraço cada profissional já que todos participaram direta ou indiretamente desta pesquisa.

Meus sinceros agradecimentos e respeito às mulheres e suas histórias de vida.

Agradeço à gestão do município de Camaçari, onde trabalho há 14 anos, pela confiança e permissão para adentrar o CRES, vivenciar um pouco das práticas profissionais e da realidade das pessoas atendidas naquele Centro.

RESUMO

A AIDS é uma doença letal que envolve não só os aspectos da biomedicina, mas especialmente, questões sociais e culturais, sendo uma questão de saúde pública e um desafio marcado por estigmas e desigualdades, especialmente quando se trata de mulheres que vivem com a doença. Nesse sentido, a presente pesquisa tornou o público feminino do CRES de Camaçari seu objeto de estudo e buscou responder a seguinte questão norteadora: Qual a percepção do cuidado para as mulheres que vivem com HIV/AIDS e qual o entendimento deste cuidado para os profissionais do CRES no município de Camaçari? Para responder, foi definido como objetivo geral analisar a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari. Adotou-se a pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e de campo, com treze (13) mulheres atendidas no Centro de Referência e Especialidades em Saúde - CRES, em tratamento da AIDS, residentes em Camaçari e na faixa de 25 a 65 anos; e com nove (9) profissionais de saúde que realizam esse atendimento. Os dados coletados, por meio de entrevistas com os dois grupos, revelaram que há percepção e entendimento do cuidado, bem como vínculo afetivo entre as usuárias do CRES e os profissionais que prestam atendimento. Também, a partir da declaração das insatisfações, foi possível apresentar estratégias de melhoria para os dois grupos analisados que podem ser encaminhadas aos órgãos competentes.

Palavras-chave: mulheres; HIV/AIDS; cuidado.

ABSTRACT

AIDS is a lethal disease that involves not only aspects of biomedicine, but especially social and cultural issues, being a public health issue and a challenge marked by stigmas and inequalities, especially when it comes to women living with the disease. In this sense, the present research focused on the female public of the CRES in Camaçari and sought to answer the following guiding question: What is the perception of care for women living with HIV/AIDS and what is the understanding of this care for the professionals of the CRES in the municipality of Camaçari? To answer this, the general objective was defined as analyzing the perception, understanding and practice of care both of women living with HIV/AIDS and of the professionals of the CRES/Camaçari. A qualitative, descriptive and field research was adopted, with thirteen (13) women attended at the Center for Reference and Specialties in Health - CRES, in treatment for AIDS, residents of Camaçari and in the age range of 25 to 65 years; and with nine (9) health professionals who provide this care. The data collected through interviews with both groups revealed that there is perception and understanding of care, as well as an affective bond between the users of the CRES (Specialized Healthcare Center) and the professionals who provide care. Also, based on the expressions of dissatisfaction, it was possible to present improvement strategies for both groups analyzed, which can be forwarded to the competent authorities.

Keywords: women; HIV/AIDS; care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Casos de HIV/AIDS notificados no SINAN	22
Quadro 2 - Termos a se evitar e termos recomendados, segundo o UNAIDS, 2017	23
Quadro 3 - Ações destinadas às PVHA, segundo levantamento bibliográfico realizado em 2024.	27
Quadro 4 – Categorização das mulheres que vivem com HIV/AIDS	42
Quadro 5 – Tempo de tratamento, forma de contaminação e rede de apoio	47
Quadro 6 – Percepção do cuidado de sua rede de apoio	49
Quadro 7 – Profissionais de saúde do CRES da cidade de Camaçari	56
Quadro 8 – Reclamações das usuárias do CRES	65
Quadro 9 – Estratégias para qualificar as práticas de cuidado no CRES	66
Quadro 10 – Pontos positivos e negativos da prática dos profissionais do CRES	67
Quadro 11 – Estratégias finais para qualificar as práticas de cuidado no CRES	69

LISTA DE SIGLAS

HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
Tarv	Terapia antirretroviral
CRES	Centro de Referência em Especialidades em Saúde
(ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
(PrEP)	Profilaxia Pré-Exposição
PEP	Profilaxia Pós-Exposição de Risco
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
OMS	Organização Mundial da Saúde
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
GAPA	Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS
ONG	Organização Não Governamental
AZT	Zidovudina
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
SINAN	Sistema Nacional de Notificação de Doenças
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
ESF	Estratégia de Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
USF	Unidades de Saúde da Família
UBS	Unidades Básicas de saúde
CASM	Centro de Referência
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEO	Centro de Especialidades Odontológica
CER	Centro de Especializado em Reabilitação
Eq.SF	Equipes de Saúde da Família
CEONC	Centro de Oncologia de Camaçari
UNIFAL	Unidade de Apoio às pessoas com Doenças Falciformes
Cogeths	Coordenadoria de Gestão da Educação, do Trabalho e da Humanização na Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
LGPD	Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 REVISÃO DE LITERATURA	14
2.1 HISTÓRIA DO HIV NO BRASIL INICIANDO PELA REFORMA SANITÁRIA	14
2.2 DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV: vulnerabilidade e estigma	20
2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: possibilidades de superação dos desafios	26
2.4 A MICROPOLÍTICA NO CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS: o acolhimento que proporciona o encontro e com afeto valoriza a subjetividade	31
3 METODOLOGIA	35
4 RESULTADOS E DISCUSSÕES	41
4.1 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO SENTIDOS PELAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ O TRATAMENTO	41
4.2 VINCULAÇÃO ENTRE AS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS E OS PROFISSIONAIS DO CRES	55
4.3 QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS	65
5 CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	79
APÊNDICE B – Termo de Compromisso para Utilização de Dados	81
APÊNDICE C – Roteiro da entrevista	82
ANEXO A – Documentos da pesquisa	83

1 INTRODUÇÃO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) tem como alvo o sistema imunológico e enfraquece os sistemas de defesa das pessoas contra infecções e alguns tipos de câncer. O estágio mais avançado da infecção por HIV, no contexto de não utilização de medicamentos antirretrovirais, é a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS), que pode demorar de 2 a 15 anos para se manifestar, de acordo com o indivíduo (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2024). A AIDS foi primeiramente descrita nos Estados Unidos, no início dos anos de 1980 e se disseminou pelo mundo (Lobo, 2020).

Ao longo dos anos, a incidência de infecção por HIV e o desenvolvimento da AIDS vêm sendo amplamente estudados nos seus vários aspectos, com predominância dos aspectos epidemiológico e biológico com vistas ao controle desta pandemia mais mortal do mundo e também considerada um problema de saúde pública de acordo com o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS, 2024). Além disso, o caráter histórico-social do processo saúde-doença pode ser demonstrado, empiricamente, por diversos estudos. Isto é exposto no artigo: “A saúde-doença como processo social” de Laurell (2008), em que discute:

a limitação da concepção biológica da doença e a influência do caráter histórico e social no processo de adoecimento. Sobre isso, a autora também afirma que: “para demonstrar o caráter social da doença é necessário, também, estudar o tipo, a frequência e a distribuição da moléstia nos diversos grupos sociais que constituem a sociedade” (Laurell, 2008, p.7).

Considerando que existe uma articulação entre o social e o processo de saúde e doença, a autora afirma ainda que “as características são distintas e conforme o modo diferencial com que cada um dos grupos se insere na produção e se relaciona com os grupos sociais restantes” (Laurell, 2008, p.7). Portanto, além do aspecto epidemiológico e biológico, a AIDS é uma doença letal que envolve não só os aspectos da biomedicina, mas especialmente, questões sociais e culturais (Knauth, Victora, Leal, 1998).

O relatório do UNAIDS (2025) apresenta que entre 1980 e setembro de 2025, foram registradas 1.679.622 pessoas vivendo com HIV ou aids no país, sendo Nordeste (18,5%). Nos últimos dez anos, o total dessas pessoas apresentou crescimento de 6,9%, passando de 63.990 em 2014 para 68.419 em 2024, refletindo a continuidade das novas infecções. Na série histórica, foram notificados 450.922 casos de infecção pelo HIV em homens (65,9%) e 232.473 em mulheres (34,1%). Em 1991, a razão era de 22 homens para cada dez mulheres, alcançando 28

homens para cada dez mulheres em 2024.

No mesmo documento consta que, o número de novas infecções pelo HIV em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) representou 81,4% dos casos notificados no sexo feminino. Esse achado reforça a importância do planejamento reprodutivo, da ampla oferta de testagem para detecção precoce da infecção e do início oportuno da TARV, medidas essenciais para a prevenção da transmissão vertical do HIV.

Ainda sobre as mulheres, considerando ser a população chave deste estudo, em 2024, observou-se também um crescimento na participação de mulheres com 50 anos ou mais entre os novos casos de infecção pelo HIV, que passou de 10,9% em 2014 para 17,0% em 2024. Entre os homens, o aumento foi mais moderado, de 7,6% para 9,0% no mesmo período. Esse incremento entre pessoas de 50 anos ou mais indica o envelhecimento da epidemia e sugere necessidade de ações específicas para essa população, incluindo estratégias de prevenção voltadas para a sexualidade na maturidade, diagnóstico oportuno e enfrentamento do estigma associado ao HIV em faixas etárias mais avançadas (UNAIDS, 2025).

Na análise por sexo, verificou-se que, entre os homens, 58,8% dos casos ocorreram na população negra (11,4% em pretos e 47,4% em pardos) e 37,8% entre brancos. Entre as mulheres, a concentração de casos foi ainda maior na população negra, alcançando 62,5% (12,3% em pretas e 50,2% em pardas), enquanto 33,9% ocorreram entre brancas. Essa transição da epidemia para a população negra evidencia o impacto das desigualdades estruturais que influenciam o risco de exposição e o acesso aos serviços de prevenção e diagnóstico, bem como a vinculação ao cuidado (UNAIDS, 2025).

Com relação à AIDS, com base no relatório citado anteriormente, de 2000 a setembro de 2025, foram registrados 955.946 casos de aids no Brasil. Após uma redução nos registros de aids, acentuada em 2020 devido à pandemia de covid-19, observou-se um aumento a partir de 2021. Entre 2021 e 2023, o número de casos cresceu 7,0%, indicando um retorno aos níveis observados no período pré-pandêmico. Entretanto, entre 2023 e 2024, observa-se uma redução de 1,5% nos casos de aids, correspondendo a 572 casos a menos.

Na comparação entre os anos de 2014 e 2024, observaram-se reduções nas taxas de detecção de aids entre as mulheres, verificou-se declínio em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos ou mais, grupo que apresentou aumento de 3,6% no período. A magnitude da redução entre mulheres variou de 42,9% na faixa de 10 a 14 anos a 14,5% entre 50 e 54 anos.

O Programa tem o desafio de, até 2030, acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública. Para tanto, a meta 95-95-95 tem como objetivo que 95% das pessoas que vivem com HIV conheçam seu diagnóstico; que 95% das pessoas que sabem que vivem com HIV

estejam em tratamento antirretroviral; que 95% das pessoas em tratamento estejam com a carga viral suprimida. Globalmente, o UNAIDS apresentou o resultado no Brasil em 2024: 96% de todas as pessoas que viviam com HIV conheciam o seu estado sorológico. Entre as pessoas que conheciam o seu estado, 82% tinham acesso ao tratamento. Entre as pessoas que tiveram acesso ao tratamento, 95 % alcançaram a supressão viral. O Brasil alcançou a terceira meta em 2020 (UNAIDS, 2025).

Percebe-se que o HIV/AIDS é um problema de saúde pública e um desafio marcado por estigmas e desigualdades. De acordo com Villela e Barbosa (2017), quando se trata de mulheres vivendo com o vírus, essa realidade se agrava, visto que elas enfrentam não apenas os impactos físicos da doença, mas também barreiras sociais, emocionais e, muitas vezes, de acesso a tratamentos adequados. Para as autoras, cuidar dessas mulheres vai além do acompanhamento médico, exige acolhimento, respeito às suas singularidades e um olhar atento às vulnerabilidades ampliadas pelo gênero, raça ou condição social. Garantir seu bem-estar integral é um passo fundamental na luta por uma sociedade mais justa e saudável.

No contexto, emerge a necessidade do cuidado integral à saúde e os autores dizem que:

[...] para se investir na saúde dos grupos mais vulneráveis ao HIV/AIDS se requer não apenas uma atuação macroestrutural nas políticas e programas de saúde, mas, sobretudo, uma atuação micropolítica de mudança de atitude e postura na abordagem do cuidado e frente à defesa da vida (Pereira et al., 2022, p. 1119).

Foi assim que o público feminino se tornou objeto de estudo desta pesquisa. A experiência de 20 anos na área da saúde ratificou essa escolha, devido ao contato direto com a realidade das pessoas que vivem com HIV/AIDS, despertando, assim a atenção pela forma como se apresentam, suas particularidades e vivências sempre ligadas a um sigilo e pouca interação. A atuação como assistente social colabora, também, com a identificação com o cuidado às mulheres, interferindo positivamente na escolha da temática da pesquisa direcionada a elas.

Além do interesse pessoal pelo tema, dois aspectos relevantes dentro desta temática justificam essa pesquisa: a epidemia do HIV/AIDS ser, até os dias atuais, considerada um problema de saúde pública e a feminização ao longo dos anos. O estudo apresenta, portanto, uma relevância social, uma vez que permitiu às mulheres repensarem sobre a importância do cuidado, tanto do autocuidado (em especial das mulheres de 25 a 65 anos) como da aceitação da rede de apoio e dos profissionais. E, no aspecto científico, trata-se de uma oportunidade de discussão e/ou reflexão sobre a temática sensível, mas com fomento à participação dos

pacientes e profissionais de saúde, que tendem a demandar novos estudos e intervenções na área com práticas mais humanizadas.

O estudo foi realizado no município de Camaçari/Ba, uma das cidades de referência da microrregião leste¹, por oferecer assistência à saúde às pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) através do Centro de Referência e Especialidades em Saúde (CRES). Esse centro oferece serviço especializado de média complexidade, atendendo não somente aos seus munícipes como também aos municípios de Simões Filho, Pojuca, Mata de São João, Candeias, Dias D'Ávila e Conde. No entanto, somente no município de Camaçari, em 2023, foram registrados 109 novos casos de HIV, segundo dados do CRES (Camaçari, 2023).

O CRES presta serviço para diagnóstico, aconselhamento, tratamento e monitoramento de todas as pessoas que vivem com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/AIDS. Conta com uma equipe multiprofissional de saúde composta por médicos infectologista, ginecologista, pediatra, equipe de enfermagem, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, etc.

Em face do exposto e considerando as condições de vulnerabilidade social e econômica e a estigmatização social presentes no cotidiano das mulheres que vivem com HIV/AIDS, o presente estudo parte da seguinte pergunta de investigação: Qual a percepção do cuidado para as mulheres que vivem com HIV/AIDS e qual o entendimento deste cuidado para os profissionais do CRES no município de Camaçari?

Para responder a esta questão, foi definido como objetivo geral analisar a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari. Como objetivos específicos: descrever a vinculação entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS e os profissionais do CRES que atendem esse grupo; verificar os efeitos do estigma e da discriminação sentidos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS desde o diagnóstico até o tratamento; identificar estratégias possíveis para qualificar as práticas de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS a serem realizadas pelos profissionais do CRES.

¹ Na macrorregião Leste, os municípios referência de microrregião de saúde são: Salvador (também sede de Macrorregião), Camaçari, Cruz das Almas e Santo Antônio de Jesus, segundo o Mapa da Bahia, SESAB, 2023. Dentre as PVHA, O CRES atende a um público diversificado de: gestantes, pessoas LGBTQIA+, homens que fazem sexo com outros homens (HSH), pessoas em situação de abuso álcool e/ou outras drogas, pessoas em privação de liberdade e trabalhadoras/es sexuais, além de ter atenção especializada para a população negra, indígena, jovens e pessoas em situação de rua.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HISTÓRIA DO HIV NO BRASIL INICIANDO PELA REFORMA SANITÁRIA

O movimento da Reforma Sanitária nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde. Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. Esse movimento, social e político, se refere “ao conjunto de ideias necessárias na área da saúde a partir de mudanças e transformações incluindo todo o sistema do setor saúde, visando a melhoria das condições de vida da população” (Fundação Oswaldo Cruz, 2022).

Para tanto, grupos de médicos e outros profissionais preocupados com a saúde pública desenvolveram teses e integraram discussões políticas. Este processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e na criação do Sistema Único de Saúde (Fundação Oswaldo Cruz, 2022). Portanto, fazendo referência ao SUS como marco histórico na Saúde Pública do Brasil, que comemorou 34 anos de democracia e cidadania (Brasil, 2024).

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é um vírus que ataca o sistema imunológico do corpo. A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) ocorre no estágio mais avançado da infecção (World Health Organization, 2024), assim, uma pessoa pode ter o vírus e não ter a síndrome; além disso, a prevenção, de acordo com a Fundação Oswaldo Cruz (2022) é possível:

Para evitar a transmissão da AIDS, recomenda-se o uso de preservativo durante as relações sexuais, a utilização de seringas e agulhas descartáveis e o uso de luvas para manipular feridas e líquidos corporais, bem como testar previamente sangue e hemoderivados para transfusão. Além disso, as mães infectadas pelo vírus (HIV-positivas) devem usar antirretrovirais durante a gestação para prevenir a transmissão vertical e evitar amamentar seus filhos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022, n. p.).

As pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA) têm possibilidade de tratamento, todavia não há cura para a infecção pelo HIV. Ela é tratada com medicamentos antirretrovirais, que impedem que o vírus se replique no corpo. Cachay (2025) explica que esses medicamentos são desenvolvidos com base no ciclo de vida do HIV, impedindo a entrada do vírus nas células-

alvo ou inibindo as três enzimas (transcriptase reversa, integrase e protease) que ele utiliza para se replicar.

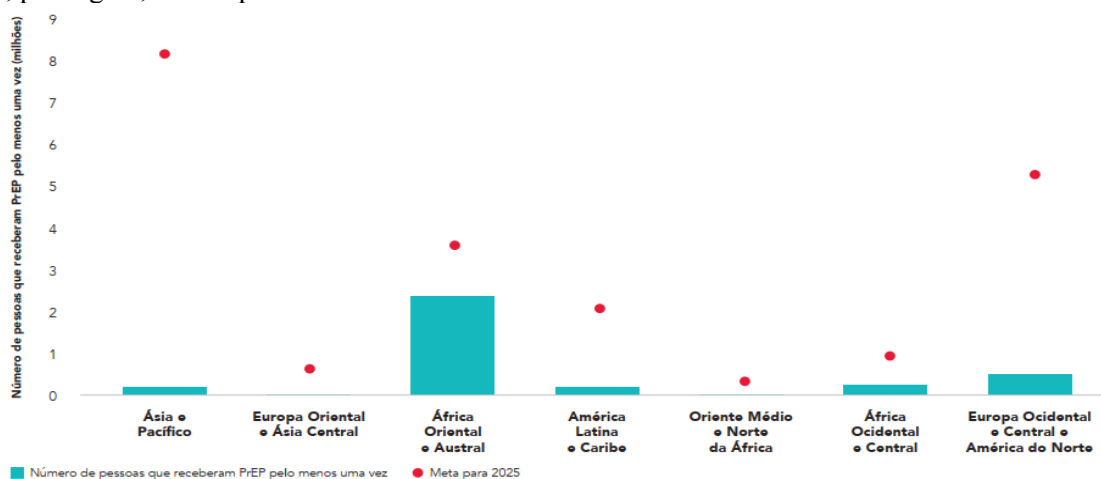
Esses medicamentos impedem a replicação do HIV em células e reduzem significativamente a quantidade de HIV no sangue ao longo de alguns dias a semanas. Se a velocidade replicação diminuir o suficiente, a destruição de linfócitos CD4+ pelo HIV diminui e a contagem de CD4 começa a subir. Como resultado, muito do dano ao sistema imunológico causado pelo HIV pode ser revertido. Os médicos podem detectar essa reversão ao medir a contagem de CD4, que começa a retornar para níveis normais ao longo de semanas a meses. A contagem de CD4 continua a aumentar por vários anos, mas a uma taxa mais lenta (Cachay, 2025, p. 3).

A terapia antirretroviral (TARV) não cura a infecção pelo HIV, mas permite que o sistema imunológico da pessoa fique mais forte. Isso a ajuda a combater outras infecções (World Health Organization, 2024). Portanto, embora a AIDS seja uma doença incurável, existe a chance de tratamento que aumenta a expectativa e a qualidade de vida das pessoas que convivem com a doença. Para tanto, a perceptibilidade sobre os objetivos do tratamento torna-se fator favorável à adesão aos antirretrovirais (Gomes; Silva; Oliveira, 2011).

O primeiro caso de HIV no Brasil foi registrado em São Paulo em 1980, mas o diagnóstico da AIDS só aconteceu dois anos depois (Fundação Oswaldo Cruz, 2020). Entre os anos de 1980 a 1990, a AIDS já era vista com muito preconceito e estigma associados a públicos específicos, como a comunidade gay. Um dos fatos mais importantes para as Políticas Públicas do HIV no Brasil é a Lei 9313/96 (Brasil, 1996) através da qual o Brasil se destacou por oferecer o tratamento antirretroviral de forma gratuita e universal com o intuito de reduzir a mortalidade e oferecer melhores condições de vida às pessoas vivendo com HIV. Uma prova relevante, é que anos depois (1999), O Governo Federal divulga redução em 50% de mortes e em 80% de infecções oportunistas, em função do uso da TARV (Brasil, 2013).

Em 2017, deu-se início à Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) oferecida às pessoas mais vulneráveis e o seu uso regular aumenta a prevenção de infecção pelo HIV em mais de 200.000 pessoas no mundo. Em 2023, esse número já alcançava cerca de 3,5 milhões, mas ainda está muito distante da meta global de 2025 de 21,2 milhões de pessoas. De acordo com a figura 01, apenas duas regiões da África Subsaariana estão progredindo para alcançar as metas de PrEP para 2025.

Figura 01 - Número de pessoas que usaram profilaxia pré-exposição (PrEP) pelo menos uma vez em 2023, por região, e meta para 2025



Fonte: Unitaid (2024)

O Brasil, fazendo parte da América Latina, apresentou nível baixo em relação ao número de pessoas que têm acesso rápido e mais amplo à PrEP. Ainda que o país disponibilize, através do SUS, a PrEP com a combinação de dois medicamentos (tenofovir + entricitabina) que bloqueiam alguns caminhos que o HIV usa para infectar o organismo, essa prevenção não atingiu a meta pretendida em 2023, mas o Ministério da Saúde a considera uma das principais iniciativas para a eliminação da doença como problema de saúde pública até 2030 (Brasil, 2022a).

Existe também a PEP (Profilaxia Pós-Exposição de Risco) que é uma medida de prevenção de urgência para ser utilizada em situação de risco à infecção pelo HIV e consiste no uso de medicamentos ou imunobiológicos para reduzir o risco de adquirir essas infecções. Deve ser utilizada após qualquer situação em que exista risco de contágio, tais como: violência sexual, relação sexual desprotegida (sem o uso de camisinha ou com seu rompimento) e acidente ocupacional (com instrumentos perfurocortantes ou contato direto com material biológico) (Brasil, 2022a).

Com o passar de muitos anos, com os avanços, estudos, pesquisas e acesso ao tratamento foi registrada a redução de novas infecções por HIV em 61% desde o pico em 1996: Em 2024, 1,3 milhão de novas infecções por HIV foram registradas, em comparação a 3,4 milhões em 1996. Mulheres e meninas representaram 45% de todas as novas infecções em 2024. (UNAIDS, 2025).

Fazendo um recorte da situação na Bahia, no Boletim Epidemiológico da Secretaria de Saúde do Estado consta que no estado da Bahia foram notificados no Sinan 26.550 casos de

infecção pelo HIV e 11.570 casos de Aids no período de 2015 a 2024. Ao longo da série histórica, observa-se um aumento exponencial na taxa de detecção dos casos de HIV e queda na taxa de detecção da AIDS. Nesse período, verificou-se que o sexo biológico masculino é predominante nos casos notificados de infecção pelo HIV/aids. Contudo, o número de casos notificados em pessoas do sexo biológico feminino apresenta crescimento ao longo do período analisado (BAHIA, 2025).

Apesar da prevalência de casos ser maior no sexo masculino, esta pesquisa tem as mulheres como população chave para melhor referenciar com os desafios enfrentados por elas versus a importância do cuidado dentro do contexto, já que, segundo Oliveira e Junqueira (2020), a construção da sociedade em moldes patriarcais ainda hoje impõe regras, no âmbito sexual, para homens e mulheres, incidindo, inclusive, no processo saúde-doença e na vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST).

Historicamente, as autoras refletem que cabe à mulher as funções de mãe, esposa e ‘dona do lar’, estando a sua sexualidade, por muito tempo, atrelada essencialmente à reprodução. Assim, as mulheres estão associadas a uma postura passiva e encontram-se em um nível desfavorável em relação aos homens, no acesso à educação, trabalho e sustentabilidade econômica.

Considerando as estatísticas sobre o sexo feminino, Garcia e Souza (2010) realizaram estudo nas cidades de São Paulo (SP) e Recife (PE) buscando conhecimento e percepção sobre DST/AIDS, percepção de risco individual, negociação e uso de preservativos. As autoras constataram que a confiança da convivência e a intimidade construídas no cotidiano da relação parecem afastar, para grande parte dos entrevistados, o risco de contágio do vírus HIV ou qualquer outra DST. Entretanto é preciso entender que a confiança para os homens e as mulheres são entendidas de forma diferente:

Para os homens a confiança na parceira (namorada, esposa/companheira) significa crença na fidelidade da parceira, ou seja, na exclusividade sexual. Entre as mulheres, a palavra confiança se reveste de outro sentido. Para elas, confiar no parceiro não é acreditar na fidelidade, na exclusividade nas relações sexuais, pois algumas revelaram desconfiar da fidelidade do namorado, marido/companheiro no relacionamento. A confiança das mulheres está relacionada à crença na prevenção do parceiro nas relações extraconjugais: deixar de usar o preservativo em casa pressupõe seu uso fora de casa (Garcia, Souza, 2010, p. 14).

Com os resultados de Garcia e Souza (2010), fica evidente que a confiança da mulher no homem a deixa condicionada ao comportamento preventivo dele, ou seja, o homem pode ou

não se prevenir na relação sexual extraconjugal, mas na relação sexual conjugal não há prevenção. Dessa forma, a mulher depende da prevenção masculina em suas relações extraconjugais para não ser contaminada com o vírus. Paiva (2002) já tinha apontado esse mesmo padrão de comportamento, cuja base é o modelo monogâmico com pressuposição de fidelidade dos parceiros; embora os homens se sintam mais protegidos da AIDS no casamento do que as mulheres (Paiva, 2002).

Assim, fica claro como se constrói esse processo de vulnerabilização feminina da AIDS (Bastos, 2001). De um lado, o discurso da confiança no parceiro e, de outro, a alegação do desprazer do parceiro com o uso do preservativo.

É importante falar sobre a expectativa de vida para a população apresentada e que a AIDS é uma doença prevenível e tratável; além disso, a PVHA pode alcançar a condição de não transmitir a doença. Sobre isso, de acordo com o Programa, para conquistar a condição de indetectável, o paciente deve seguir o tratamento recomendado durante seis meses e manter os cuidados e prevenção de outras infecções (UNAIDS, 2024). E, segundo Lima et al. (2021), as pessoas infectadas com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) somente progrediram para o desenvolvimento da AIDS, e posteriormente a morte, até a introdução da Terapia Antirretroviral (TARV) - ou seja, até a metade da década de 90.

A expectativa de vida mudou com a inclusão da TARV, que se trata de uma terapia complexa, permanente e de alto custo, que exige a adesão do paciente para controle da carga viral, aumento dos anos de vida e manutenção da qualidade de vida, de acordo com as Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV do Ministério da Saúde (Brasil, 2022a). A AIDS chegou a ser considerada uma pandemia no final do século 20 e ainda é um problema de saúde pública tendo ceifado cerca de 42,3 milhões de vidas até o momento (World Health Organization, 2024).

Portanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) apoia países a implementar o pacote de cuidados a fim de reduzir os percentuais relacionados ao HIV/AIDS, bem como atingir a meta de acabar com a AIDS e outras infecções até 2030, como já foi apresentado neste estudo. Sobre isto, o relatório global do UNAIDS “A Urgência do Agora: A AIDS Frente a Uma Encruzilhada” mostra que as decisões que as lideranças tomarem este ano determinarão se os países poderão, ou não alcançar a meta de 2030 de acabar com a AIDS como uma ameaça à saúde pública e garantir o progresso além de 2030 (UNAIDS, 2024):

[...] mas, para isso, é preciso que elas garantam que a resposta ao HIV tenha os recursos necessários e que os direitos humanos de todas as pessoas sejam

protegidos. A atuação decidida das lideranças pode salvar milhões de vidas, prevenir milhões de novas infecções por HIV e garantir que todas as pessoas vivendo com HIV possam ter vidas saudáveis e completas (UNAIDS, 2024).

Diante o exposto, percebe-se que além da prevenção e do tratamento, são necessárias ações que minimizem os estigmas e a discriminação. Muniz e Brito (2022) acrescentam que no imaginário social, indivíduos em relações estáveis heterossexuais, principalmente, ainda se sentem imunes ao HIV, dificultando a adoção de atitudes preventivas. Na pesquisa, as autoras identificaram estreita relação dessas representações com os estigmas da doença, ainda presentes desde o início da epidemia, causando muito sofrimento e estado de humor pessimista relacionado com o HIV. Para elas:

Os estigmas sociais associados ao HIV/ AIDS se originam a partir de normas sociais anteriores à epidemia e das estruturas hierárquicas sociais que privilegiam as classes superiores e marginalizam os grupos sociais que não seguem a identidade dominante, que tomam enquanto pecado determinados comportamentos sexuais (promiscuidade), para mulheres (prostituição) e homens (homossexualidade), com base na normatização da sexualidade, fundada nos valores judaico-cristãos que constroem a sociedade ocidental (Muniz, Brito, 2022).

Muniz e Brito (2022) ratificam que a complexidade do diagnóstico de HIV/Aids devido aos estigmas repercute nas relações familiares, sociais, afetivas, trabalhistas e de cuidado de saúde. As autoras analisaram que, ao longo desses 41 anos de epidemia, existiram diversas ações intersetoriais conjuntas entre as Organizações Não Governamentais e o governo brasileiro, objetivando a diminuição dos estigmas do HIV/AIDS, por meio do fortalecimento das redes de apoio e garantia de direitos às PVHA, além de atuarem para além dos estigmas do HIV/AIDS, incluindo as demais formas de opressão: gênero, sexualidade, raça e classe social.

Atuou-se, também, na inclusão do HIV/AIDS no cenário político nacional e na criação de campanhas e legislações que protejam PVHA contra vivências de estigmas e discriminações. Essas ações geraram muitos ensinamentos, mas fazem-se necessários novos esforços para enfrentar os desafios que permanecem, visando a superar as marcas do início da epidemia nas representações do diagnóstico de HIV/AIDS (Muniz, Brito, 2022, p. 1104).

Nesse sentido, entra em evidência o papel dos serviços de saúde na diminuição dos estigmas, já que o cuidado de saúde integral não se restringe a testar e tratar, mas também escutar os dilemas e as angústias das mulheres em decorrência dos estigmas, auxiliando-as na sua ressignificação.

2.2 DESAFIOS ENFRENTADOS PELAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV: Vulnerabilidade e Estigma

A vulnerabilidade está associada às PVHA desde o aparecimento da doença. Isto por que muitas polêmicas e inseguranças foram geradas nesta época (em 1982 quando surgiu o primeiro caso em São Paulo), em que esta “nova doença” era definida como “5H” que significavam homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos e hookers (nome dado em inglês as profissionais do sexo) (Cezar; Draganov, 2014). Desde então, a homossexualidade se transformou em um sinônimo de AIDS e, não só as pessoas acometidas pela doença sofriam com o estigma, mas também as pessoas que integravam os referidos grupos; o comportamento diferente e de risco, aumentava a vulnerabilidade dessas pessoas (Brasil, 2013).

O conceito de “vulnerabilidade” teve destaque no início da década de 1990 entre cientistas do campo da saúde que, na intersecção de vários campos do saber, buscavam estratégias para o enfrentamento da AIDS. Estudos demonstram que “a vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde” (Albuquerque; Silva, 2014). Diversos fatores sociais e econômicos determinam uma sociedade desigual e vulnerável diminuindo o acesso das pessoas aos serviços de saúde. Além disso, o estigma também é uma porta de entrada para outros problemas como depressão e ansiedade atrelados às práticas discriminatórias, as quais implicam na falta de adesão ao tratamento.

Seguindo o raciocínio e abordando sobre a população chave deste estudo, ao longo dos últimos anos houve uma mudança no perfil epidemiológico da infecção, observando-se um aumento dos casos de HIV/AIDS no gênero feminino no Brasil. A vulnerabilidade de transmissão do HIV através da relação sexual em mulheres é maior devido à exposição da mesma aos fluidos seminais. No entanto, o risco dependerá da forma de contato sexual (oral, vaginal e anal) (Lima et al., 2020).

A vulnerabilidade feminina tem sido confirmada pela subordinação da mulher ao desejo masculino, sendo determinada por relações conflituosas com sua própria sexualidade, estabelecendo riscos frente às doenças sexualmente transmissíveis e ao HIV/AIDS (Costa et al., 2020). Globalmente, 44% de todas as novas infecções por HIV foram entre mulheres e meninas (todas as idades) em 2023 (UNAIDS, 2024).

Entre 2007 e junho de 2024 foram notificados no Sinan 541.759 casos de infecção pelo HIV no Brasil, sendo 382.946 casos de infecção pelo HIV em homens (70,7%) e 158.626 em mulheres (29,3%). Nesse mesmo período, no sexo feminino, a principal categoria de

exposição foi a prática heterossexual, que correspondeu a 86,4% dos casos (UNAIDS, 2024).

A vulnerabilidade que afeta as mulheres triplica quando se soma à desigualdade de gênero às questões socioeconômicas e raciais. Para Stella Taquette (2009), mulheres negras/pardas apresentam maior vulnerabilidade em relação às brancas quanto ao acesso à educação, à saúde, ao trabalho e à previdência, vitimadas ainda pelo racismo estrutural. A autora aponta que os índices socioeconômicos também mostram condições menos favoráveis a essa parcela da população, assim como os indicadores de saúde e educação, sendo a escolaridade menor e a mortalidade materna maior.

No Brasil, como já foi dito nesse estudo, vários autores buscaram compreender o binômio saúde-doença como processos determinados pelas condições sociais e econômicas. Assim podemos falar dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), os quais a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como:

As circunstâncias nas quais as pessoas nascem, crescem, trabalham, vivem, e envelhecem, e o amplo conjunto de forças e sistemas que moldam as condições da vida cotidiana. Essas forças e sistemas incluem sistemas e políticas econômicas, agendas de desenvolvimento, normas sociais, políticas sociais e sistemas políticos (FIOCRUZ, 2020, n. p.).

Os determinantes sociais da saúde (DSS), representados por diversos fatores como o contexto de vida, o comportamento individual, questões ambientais, econômicas e sociais, podem influenciar a suscetibilidade de agravos à saúde (Frota, *et al.*, 2022). É relevante a interferência dos DSS na condição de vida das PVHA já que muitas delas sofrem com a desnutrição e também com outros problemas, tais como: a dependência da bebida alcoólica, o uso de drogas, a baixa renda, a pouca escolaridade, aspectos emocionais e psicológicos (Nogueira et al., 2018).

Falando especificamente das mulheres, dentro desse contexto, a estigmatização e o preconceito fazem parte de um sistema de desigualdade e exclusão social em relação ao HIV/AIDS. Quando somado à questão de gênero, ocorre o aumento na discriminação das mulheres, pois a realidade da maioria ainda é de desvantagem econômica, cultural e social (Fernandes et al., 2020).

Além disso, as mulheres possuem uma probabilidade mais alta de contaminação pelo HIV, em relações heterossexuais, devido a fatores como, uma maior área de exposição da mucosa vaginal aos fluidos seminais e maior quantidade de fluidos que são transferidos do homem para a mulher no momento da relação sexual (Lima et al., 2020). Contudo, além da vulnerabilidade biológica, também são observadas as questões sociais das desigualdades de

gênero, no qual se observa uma submissão das mulheres nas relações conjugais, facilitando a grande exposição ao HIV (Senhem, et al, 2020).

O número de mulheres no Brasil é superior ao de homens, conforme dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística do Brasil (IBGE, 2024). Atualmente no Brasil numa população geral projetada com o total de 217.684.462 (100%), quanto ao sexo os números são: 106.345.043 de homens e 111.339.419 de mulheres o que equivale a 48,85% do sexo masculino e 51,15% ao sexo feminino. Com relação aos casos de HIV/AIDS notificados pelo SINAN, constam no relatório do UNAIDS (2023) - considerando o ano da pandemia Covid19:

Quadro 1. Casos de HIV/AIDS notificados no SINAN.

Casos de AIDS	2020	2021	2022	2023
Homens	27.260	31.557	31.948	14.907
Mulheres	9.750	11.103	11.425	5.311
TOTAL	37.010	42.660	43.373	20.218

Fonte: Boletim epidemiológico UNAIDS (2023).

Falando sobre as PVHA, no Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids definem-se como “populações-chave” os grupos populacionais com prevalências de HIV superiores às da população geral, determinadas por processos históricos de estigmatização e exclusão social. Não se deve confundir essa noção com o conceito de “grupo de risco”, que, além de estigmatizante, não inclui em sua definição a reflexão sobre vulnerabilidade social. (Brasil, 2023)

Por fim, é importante lembrar que esses grupos são considerados chave pela importância de sua participação na construção de respostas à epidemia de HIV/AIDS. Em decorrência da vulnerabilidade social, essas pessoas estão sob maior risco de infecção pelo HIV, devido a barreiras de acesso à prevenção, testes e tratamento. Em muitas situações, suas práticas e identidades são criminalizadas, o que as exclui das políticas públicas (Brasil, 2023).

Sobre as mulheres, a heterossexualização e a feminização do HIV/aids estão relacionadas também às formas de pensamentos, concepções e representações que determinam, entre outras ações, o não uso dos preservativos nas relações sexuais no contexto do casamento (Muniz, Brito, 2022).

Segundo Santos et al. (2009), o perfil das mulheres com HIV reitera que a prática de

multiplicidade de parceiras/os é mais frequente e socialmente aceitável nos homens do que nas mulheres. E, mesmo quando estas não concordam com o comportamento dos parceiros, nem sempre dispõem de meios materiais e simbólicos para sair da relação ou mudar os seus termos.

Nesse contexto, além da condição de vulnerabilidade, há também o estigma e o preconceito referentes às mulheres que vivem com HIV, as quais precisam se “esconder”, ocultando a doença evitando serem acusadas ou discriminadas no convívio familiar e com a sociedade em geral. Sobre isso, Gomes, Silva e Oliveira (2011) afirmam que: o estigma e o preconceito social são atitudes estimuladas, sobretudo, pelo medo do contágio e pela falta de informação, suscitando desconforto e sofrimento nas pessoas soropositivas que são alvos do menosprezo social.

Tendo esta pesquisa o Cuidado como ponto central e destacando a importância da forma de tratar ou se referir à PVHA, evitando o estigma, rótulos e preconceito, é oportuno apresentar termos que constam no Guia de Terminologia criado pelo UNAIDS por acreditar que:

[...] A linguagem molda as crenças e pode influenciar comportamentos. O UNAIDS acredita que a utilização ponderada de linguagem apropriada tem o poder de fortalecer a resposta global à epidemia. Pensando nesta questão, o UNAIDS decidiu desenvolver diretrizes de terminologias. Este documento pode também servir de guia para a imprensa, estudantes, empresas e pessoas que trabalham ou se interessam pelo tema (UNAIDS, 2017).

No quadro 2, segue um breve resumo de termos recomendados e erros a se evitar.

Quadro 2 - Termos a se evitar e termos recomendados, segundo o UNAIDS, 2017.

Termos a se evitar	Termos recomendados
HIV/AIDS; HIV e AIDS	Sempre que possível, utilize o termo mais específico e apropriado para o contexto a fim de evitar confusão entre o HIV (um vírus) e a AIDS (uma síndrome clínica). Exemplos de termos incluem ‘pessoas vivendo com HIV’, ‘prevalência do HIV’, ‘prevenção do HIV’, ‘testagem e aconselhamento em HIV’, ‘doença relacionada ao HIV’, ‘diagnóstico de AIDS’, ‘prevalência de AIDS’, ‘crianças órfãs pela AIDS’, ‘resposta à AIDS’, ‘Programa Nacional de AIDS’, ‘ONG/AIDS’, ‘morte por complicações da AIDS’. Tanto o termo ‘epidemia do HIV’ quanto o termo ‘epidemia da AIDS’ são aceitáveis. No entanto, o termo ‘epidemia do HIV’ é mais inclusivo.
Vírus da AIDS	Não existe o vírus da AIDS. O vírus que causa a AIDS é o vírus da imunodeficiência humana (HIV). Note que a palavra ‘vírus’ na frase ‘vírus do HIV’ é redundante. Utilize apenas ‘HIV’.

Aidético	Jamais utilize este termo. Além de incorreto, é estigmatizante e ofensivo. Prefira “pessoa vivendo com HIV”, pessoa soropositiva, HIV positiva ou positiva.
Infectado com AIDS	Ninguém é infectado com AIDS; A AIDS não é um agente infeccioso. O termo AIDS descreve uma síndrome de infecções e doenças oportunistas que podem se desenvolver à medida que a imunossupressão aumenta durante a evolução da infecção pelo HIV, da infecção aguda até a morte. Evite o termo ‘infectado com HIV’ e prefira pessoa vivendo com HIV ou pessoa HIV positiva (no caso de saber o estado sorológico).
Teste da AIDS	Não existe um teste para AIDS. Utilize o termo teste de HIV ou teste de anticorpos do HIV. Utilizam-se testes de detecção de antígenos em crianças recém-nascidas.
Vítima da AIDS	Utilize o termo pessoa vivendo com HIV. A palavra ‘vítima’ desempodera e estigmatiza. Utilize a palavra AIDS apenas ao se referir a uma pessoa com diagnóstico clínico de AIDS. É aconselhável dizer que a pessoa foi acometida por infecções ou doenças oportunistas decorrentes da síndrome da AIDS.
Paciente de AIDS	Utilize o termo ‘paciente’ apenas ao se referir a um contexto clínico. Neste caso, utilize paciente com doença relacionada ao HIV porque abrange toda a gama de condições clínicas associadas ao HIV/VIH.
Risco de AIDS	Utilize ‘risco de infecção pelo HIV’ ou ‘risco de exposição ao HIV’ (a não ser que esteja se referindo a comportamentos ou condições que aumentam o risco da evolução da doença em uma pessoa HIV positiva).

Fonte: UNAIDS, 2017

Falando ainda sobre os desafios enfrentados pelas PVHA, Goffman (2023) contextualiza: o sujeito estigmatizado apresenta uma discrepância entre a sua identidade real (os adjetivos que este, enquanto pessoa, prova ter) e a sua identidade virtual (as características que, socialmente, espera-se que ele tenha).

Além dessa discrepância com relação à identidade, as PVHA enfrentam outros problemas os quais interferem no relacionamento dessa pessoa com a família, com a sociedade, no ambiente de trabalho, entre outros, como foi relatado por elas. Por isso, tendem ao isolamento e falta de estímulo para a continuidade do tratamento, o que é desfavorável ao alcance de uma melhor condição de vida. Um estudo recente avaliou a qualidade de vida de 156 pessoas diagnosticadas com HIV, demonstrando que, quanto melhor a qualidade de vida, maior é a adesão ao tratamento (Campos et al., 2023).

Segundo Carvalho e Paes (2011), a estigmatização social pode impactar negativamente na saúde física e mental das PVHA e o estresse tende a comprometer a imunidade, tornando o indivíduo mais vulnerável a outras infecções. Portanto, a desigualdade social e a vulnerabilidade não somente contribuem para o aumento de casos de PVHA, como impactam

na construção de vínculos com vistas a maior adesão ao tratamento, para que a PVHA se sinta capaz, motivada, acolhida em sua família e pelos profissionais nos serviços de saúde.

Falando, nesse contexto, sobre a feminização da epidemia HIV/AIDS e a vulnerabilidade feminina é importante ressaltar sobre a importância do diálogo entre parceiros e a necessidade do autocuidado na vivência do prazer sexual, inclusive em relacionamentos estáveis. Devem-se enfatizar a responsabilidade com o outro e o dever de zelar pela saúde e bem-estar da pessoa com que nos relacionamos, o que favorece a negociação do uso de preservativos não apenas como método anticoncepcional, mas também como medida de proteção (Campany, Amaral, Santos, 2021).

Logo, para além do avanço das tecnologias destinadas às PVHA, a introdução e distribuição da TARV, políticas públicas existentes, participação popular nas ações, entre outros,

compreende-se que o enfrentamento ao HIV/Aids, incluindo a ressignificação das práticas de cuidado em saúde e a superação dos efeitos do estigma e discriminação, requer respostas mais rápidas e reflexivas abarcando lideranças em todos os níveis, tanto governamental quanto de PVHA (Carmo et al.2022, p.1119)

Ressaltando que o fortalecimento das políticas públicas depende da participação popular, da motivação e saberes dos profissionais para garantia dos direitos dos cidadãos, reflexões sobre o cuidado integral e a humanização estão numa produção de Ayres (2006, p. 1108): cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato.

Para tanto, pensando nesse efeito nas mulheres, para promover uma saúde integral, não é possível dissociá-la das discussões em torno dos padrões hegemonicamente heteronormativos, machistas, racistas, classistas e excludentes. Sabemos que toda e qualquer pessoa está suscetível à infecção pelo vírus HIV. Porém, se considerarmos o processo de marginalização e desigualdade que algumas vivenciam diariamente, seja de ordem econômica, social, de raça e/ou de gênero, podemos refletir sobre quem está mais vulnerável às consequências desses padrões hegemônicos (Muniz, Brito, 2022).

Desta forma, é esperado que o movimento de produção de conhecimentos ‘junto’ e não ‘para’ as PVHA fortalece a reconstrução e a sustentabilidade dessas práticas de cuidado (Ayres 2006).

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS: possibilidades de superação dos desafios

No ano de 1980, o Brasil passava por reforma no sistema de saúde e esgotamento do regime militar. No final da década de 1970, municípios de pequeno e médio porte governados por opositores ao regime militar, já estavam implantando medidas de atenção primária, visando à participação da população em decisões tomadas nos serviços de saúde (Cortes, 2002). Neste mesmo período, médicos sanitaristas e profissionais da saúde juntaram-se para formular novas Políticas Públicas de Saúde, visando à extensão da cobertura da assistência e sua transparência, movimento que foi denominado Reforma Sanitária, sendo um momento de grandes conquistas para o setor da saúde pública e redemocratização do país (Loyola, 2007).

Sendo o SUS a maior política pública de acesso à saúde (Brasil, 2012), abordando sobre políticas públicas como possibilidades de superação para as PVHA e, considerando que existe como um problema de saúde que evoluiu demonstrando contradições sociais, econômicas e culturais - o HIV/AIDS constitui-se em uma temática bastante relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (Villarinho et al., 2013). Sendo essas políticas desenvolvidas para uma melhor condição de vida das pessoas, os autores dizem que:

[...] no que se refere à assistência às pessoas com HIV/AIDS no Brasil, ao longo das últimas décadas da epidemia, o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde. A elaboração dessas políticas voltadas ao HIV/AIDS culminou na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como teve um papel preponderante na organização dos Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/AIDS (Villarinho et al., 2013, p. 272).

Entretanto, outros autores afirmam que:

[...] pensar em promoção da saúde na nossa realidade concreta é pensar em políticas públicas voltadas para a diminuição das iniquidades existentes na sociedade, em especial a brasileira, evidenciadas nas desigualdades em saúde, mas cujas raízes situam-se nas desigualdades de acesso ao conjunto de condições mínimas para a saúde. Pensar em políticas públicas saudáveis neste cenário, sem dúvida, implica, em primeiro lugar, ter como diretriz política a eliminação das múltiplas carências cotidianas da vida individual e coletiva, que passam pela pobreza, pela fome, pela exclusão social, inclusive de acesso aos serviços práticas de saúde. (Verdi; Caponi, 2005, p. 87).

Além das dimensões continentais e desigualdades marcantes, Fonseca (2005) mostra a

complexidade e o dinamismo da epidemia do HIV/AIDS no Brasil e no mundo, salientando as grandes mudanças epidemiológicas ao longo dos primeiros 20 anos, bem como a evolução das respostas sociais e políticas e acrescenta que “a análise da elaboração das respostas políticas à epidemia do HIV/AIDS no Brasil constitui um espaço importante, abrangente e necessário de investigação” (Fonseca, 2005 p. 272).

No que se refere à assistência às pessoas com HIV/AIDS no Brasil, “ao longo das últimas décadas da epidemia, o conjunto de intervenções voltadas à qualidade da assistência esteve sempre no escopo das políticas públicas de saúde. A elaboração dessas políticas voltadas ao HIV/AIDS culminou na consolidação de diversas leis, programas e coordenações de saúde, assim como teve um papel preponderante na organização dos Serviços de Assistência Especializada às pessoas com HIV/AIDS” (Villarinho et al., 2013).

Os mesmos autores afirmaram que no estudo apresentado no artigo ‘Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença’ (2013) foi possível perceber que há no Brasil inúmeros esforços garantidos em lei e diversos incentivos do Governo Federal para que, efetivamente, tais políticas públicas rompam barreiras de diversas ordens e amplifiquem o escopo legal, de modo a promover, na prática, a melhoria das condições de assistência à saúde das pessoas com HIV/AIDS, por meio de uma ampla rede, com um emaranhado de nós que sustentem e assegurem o exercício amplo do direito à saúde (Villarinho et al., 2013).

Concluindo, no mesmo artigo, os autores afirmam que:

[...] percebe-se que, a despeito dos reconhecidos avanços conquistados em termos de políticas públicas de saúde no Brasil, há um longo e difícil caminho em busca da qualidade da assistência às pessoas com HIV/AIDS, no qual a superação das iniquidades e das desigualdades apresenta-se como desafio para todos os que defendem a vida como um direito de cidadania e bem público (Villarinho, et al., 2013, p.276).

Dentre as ações destinadas às pessoas que vivem com HIV/AIDS, destacamos uma série evolutiva das principais políticas públicas, além de eventos emblemáticos da década de 70 aos dias atuais. Ressaltamos, entretanto, que o maior exemplo de política pública para as PVHA no Brasil, a Terapia Antirretroviral gratuita, desde 2013, para todas as pessoas vivendo com HIV independentemente da carga viral.

Quadro 3 - Ações destinadas às PVHA, segundo levantamento bibliográfico realizado em 2024.

ANO	LEI / EVENTO	INFORMAÇÃO
1970	Municípios de pequeno e médio porte já estavam implantando medidas de atenção primária visando a participação da população em decisões nos serviços de saúde (Cortes, 2002).	Final da década de 1970
1980	Reforma Sanitária	Esgotamento do regime militar e a união de médicos sanitaristas e profissionais da saúde para formular novas Políticas Públicas de Saúde (Loyola, 2007).
1982	Primeiro caso de HIV em São Paulo	(Brasil, 2013)
1983	Primeiro caso feminino e relatos de casos de profissionais da saúde; A movimentação da sociedade de grupos militantes pelos direitos dos gays na cidade de São Paulo solicitava uma posição oficial do governo em relação à nova patologia que atingia principalmente essa comunidade. Os franceses Luc Montagnier e Françoise Barré-Sinoussi pesquisadores do Instituto Pasteur, isolavam e caracterizavam um retrovírus inicialmente denominado LAV (Lymphadenopathy-Associated Virus), sendo o possível causador do HIV, o que foi confirmado posteriormente.	(Cezar; Draganov, 2014) A Secretaria de Saúde de São Paulo criou um grupo de estudos com médicos do Hospital Emílio Ribas (Mendonça; Alves; Campos, 2010). (Brasil, 2013)
1984	Se estabeleceu o primeiro programa de controle da AIDS no Brasil, o Programa da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo	(Cezar; Draganov, 2014)
1985	Foi criada em São Paulo a Fundação do Grupo de Apoio à Prevenção à AIDS (GAPA) - Por meio da iniciativa de médicos, militantes de esquerda, pessoas ligadas ao movimento homossexual e intelectuais	Primeira Organização Não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina ligada a causa da AIDS (Ramos, 2004)
1985	Portaria nº 236 de 2 de maio de 1985 Foi introduzida a testagem laboratorial para diagnosticar a presença de anticorpos de HIV	Com o fim do regime militar no Brasil, neste período o Ministro da Saúde Carlos Corrêa de Menezes Sant'anna, criou o Programa Federal de Controle da AIDS (Brasil, 2013). A década de oitenta foi um marco para a Saúde Pública no Brasil, visto que a descoberta da nova doença e a redemocratização estava em conjunto (Valle, 2002).
1986	Criação do Programa Nacional de DST e AIDS	Pelo Ministro da Saúde Roberto Santos (Brasil, 2013).

1987	O preservativo tornou-se um dos principais elementos adotados pelo Ministério da Saúde para o controle da doença. Os Ministérios da Saúde e do Trabalho incluíram as DST/AIDS na Semana Interna de Prevenção de Acidentes no Trabalho e Saúde. Descobriu-se também que a Zidovudina (AZT), era eficiente no tratamento do HIV, visto que foi o primeiro medicamento que reduz a multiplicação do mesmo.	(Morais; Amorim, 2011) Isso devido a “preocupação com a disseminação da patologia que já tinha alcançado 2.775 casos notificados” (Brasil, 2013).
1988	Criação do COAS (Centro de Orientação e Apoio Sorológico) A luta do movimento sanitaria foi responsável pela criação de um novo início da saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), regido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196 a 200, sistema que visava à universalidade e igualdade de assistência, em plano federal. Dia Mundial da Luta contra a AIDS (1º de Dezembro)	Visando a detecção precoce e aconselhamento tendo como características acessibilidade e gratuidade, buscando a prevenção do HIV através de aconselhamento individual ou coletivo (Cappi et al., 2001). Desde então seus princípios doutrinários que são universalidade, equidade e integralidade nos serviços e ações de saúde, sofrem um processo de aperfeiçoamento constante (Brasil, 2009). No Brasil, uma portaria foi assinada pelo ministro da Saúde Leonardo Santos Simão (Brasil, 1988).
1990	Morre o cantor Cazuza Portaria Interministerial Sheila Cartopassi nº 796/92 Portaria Interministerial nº 869/92	Sua decadência física vista publicamente, tornou-se por certo período símbolo do indivíduo aidético, pois a imprensa se referia ao caso de modo negativo (Valle, 2002). Proíbe a discriminação de crianças portadoras de HIV/AIDS nas escolas (UNAIDS, 2006). Proíbe testagem anti-HIV de funcionários públicos federais: admissão, periódico e demissional.
1993	A AIDS passou a fazer parte do Sistema Nacional de Notificação de Doenças (SINAN).	Nesse período já somava 16.760 casos no Brasil (Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais do Brasil). O Sinan foi implantado, de forma gradual, a partir de 1993. No entanto, esta implantação foi realizada de forma heterogênea nas unidades federadas e municípios, sem Portaria (Brasil, 2013).
1996	Lei 9313/96 - Um dos fatos mais importantes para as Políticas Públicas do HIV no Brasil.	Garante a distribuição gratuita e universal de antirretrovirais aos portadores de HIV e doentes de AIDS, a criação de serviços específicos, como Hospital Dia, Serviços de Assistência Especializada, Centros de Testagem e Aconselhamento e Atendimento Domiciliar o que assegura um tratamento igualitário a toda sociedade (Brasil, 2013).
1999	A mortalidade dos pacientes com AIDS caiu em 50% e também houve uma melhora significativa na qualidade de vida de portadores de HIV.	(Brasil, 2013).

2001	A cura do HIV, certamente, é uma das maiores preocupações não apenas no Brasil, mas mundialmente, o que levou cientistas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo a trabalharem em uma vacina contra o HIV.	Início das atividades no ano de 2001, segundo notícia publicada pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (2007).
2002	Implantação do Projeto Nascer Maternidades (Portaria nº 2104 de 19 de novembro de 2002) A Lei Estadual nº 11.199/02 de 12 de julho de 2002.	Foram verificados que muitos casos de transmissão vertical ocorriam no trabalho de parto/parto, e que a amamentação acrescentava mais um grande risco ao recém-nascido. Assim, mulheres que não possuem testagem para o HIV, realizam o teste no pré-parto imediato, caso seja positivo, as puérperas e recém-nascidos recebem total assistência (Brasil, 2002). Proíbe discriminação aos portadores de HIV e pessoas com AIDS, o que demonstra a atenção das autoridades em relação à qualidade de vida e tratamento humanizado desse público por toda a sociedade (São Paulo, 2002).
2005	Até junho de 2005 os casos de pessoas com HIV eram de aproximadamente 371.827.	Garantindo o incentivo nacional a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis (Brasil, 2013)
2008	Primeira fábrica estatal de preservativos do Brasil a partir do látex de seringal nativo.	(Brasil, 2013).
2010	Criação da Portaria nº 1.246, de 28 de Maio de 2010 pelo Ministério do Trabalho e Emprego.	É proibido a testagem de HIV para admissão, demissão, mudança de cargo ou qualquer tipo de procedimento relacionado ao emprego, exceto em casos de campanhas de incentivo a prevenção da saúde e que não tenha ligação empregatícia, sendo que deve ser realizada de forma voluntária e sigilosa (Brasil, 2010).
2013	Mudança do protocolo de antirretrovirais pelo Ministério da Saúde. Implantação de um projeto piloto conhecido como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP)	Início do antirretroviral em todos os portadores de HIV, independente de sua carga de CD4, como prevenção ao sistema imunológico (Brasil, 2013). Ofertado aos Grupos de risco com sorologia negativa para o HIV (entre eles estão gays, profissionais do sexo, travestis, transexuais e usuários de drogas), conforme notícia publicada pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais (Brasil, 2013)
2014	Atualização do protocolo de tratamento do HIV em crianças e adolescentes. O avanço da vacina contra o HIV no ano de 2014 também é noticiada por diversos veículos de comunicação, a HIVBr18. Lei nº 12.984, 2 de junho de 2014.	Tratamento de recém nascidos com Zidovudina (AZT) durante 04 semanas, de mães que fizeram o uso de antirretrovirais na gestação e realizaram o pré-natal rigorosamente, sendo que o tratamento recomendado pelo consenso brasileiro até então, era de seis semanas (Brasil, 2013). Obteve um melhor resultado em macacos Rhesus do que em camundongos, visto que os

		primatas não costumam reagir de forma positiva a esse tipo de vacina. Constitui crime punível com reclusão de um a quatro anos, além de multa ao indivíduo que praticar condutas discriminatórias contra o portador de HIV, isso significa sem dúvida, um grande ganho no que se refere a tentativa de inclusão e igualdade dos portadores de HIV e doentes de AIDS atualmente (Brasil, 2014).
2017	Portaria GM nº 344/2017	Tornou obrigatória a coleta do quesito raça/cor nos sistemas de informação de saúde do SUS (Brasil, 2017).

Fonte: Elaboração própria

Como foi apresentado nesse estudo, as PVHA desejam e necessitam de melhores condições de vida. Para tanto, precisam da efetividade das políticas públicas e ações relacionadas à promoção da saúde. Entretanto, segundo Caponi, Verdi (2004), para promover a saúde depende da melhoria de condições sociais, tais como educação, habitação, trabalho e salário dignos. E são justamente estas condições sociais que influem na modificação do estilo de vida.

Falando sobre as perspectivas para o público feminino no combate à epidemia, diante da complexidade das relações e da desigualdade entre gêneros, as campanhas de prevenção ao HIV centradas no uso do preservativo masculino não têm surtido efeito na contenção da epidemia, especialmente no que se refere a uma parte da população feminina – mulheres infectadas em relações heterossexuais. Conter o avanço do vírus entre as mulheres exige ações mais eficazes, que considerem diversas questões, como condições socioeconômicas e culturais de cada região do país e relações de poder entre homens e mulheres, que são mais desiguais em determinados contextos (Campany, Amaral, Santos, 2021).

Além disso, falando sobre os desafios, cabe também refletir sobre como as questões de gênero influenciam fortemente as práticas de cuidado à saúde das mulheres e as situações de vulnerabilidade às quais estão expostas (Oliveira, Junqueira, 2020).

2.4 A MICROPOLÍTICA DO CUIDADO ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS: o Acolhimento que proporciona o encontro e com afeto valoriza a subjetividade

A micropolítica, portanto, é um campo dinâmico e efervescente, modificando-se numa atividade molecular entre pessoas, coisas, redes, que em relação, vão produzindo o campo da saúde na gestão, no cuidado e no seu cotidiano (Franco, 2015). Para Merhy e Franco (2013) “é

no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado”.

Desta forma, considerando o Cuidado como objeto deste estudo, focamos nele como mais uma possibilidade para melhorar as condições de vida das mulheres. Podemos definir a gestão do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz (Cecílio, 2011).

Relacionando, portanto, a micropolítica, o cuidado e as tecnologias em saúde, Merhy (2020) apresenta que o trabalho em saúde é tecnológico – construído com o uso de tecnologias materiais e imateriais. Entre as tecnologias materiais, estão todas as ferramentas e instrumentos produzidos para serem usados de modo determinado em dadas situações (equipamentos, instrumentos). Essas últimas são as tecnologias duras. Porém, há dois tipos de tecnologias imateriais envolvidas no trabalho em saúde: as tecnologias leve-duras, que correspondem aos saberes estruturados das profissões da saúde; e há as tecnologias leves que correspondem a tudo que é utilizado para favorecer o encontro – escuta, empatia, reconhecimento, porosidade, conhecimentos produzidos a partir da experiência e agenciados pelo encontro, entre outros.

Seguindo a mesma lógica, Andrade, Givigi e Abrahão (2018), dizem que a produção do cuidado em saúde requer a possibilidade de pensar numa produção singular que permite diferentes modos de ver, ouvir, pensar, sentir e cuidar, mas que provoque, nas relações com o outro, possibilidades de deslocamentos, de transformações - seja no trabalhador, seja no usuário - de modo que o norteamento do cuidado seja menos o protocolo, a norma e a regra, e mais a possibilidade de criação que se abre no fazer saúde em cada encontro.

Schmidt et al. (2011) reforçam que a partir de uma revisão integrativa de publicações envolvendo a relação entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde, no período entre 1990 e 2010, nas bases Lilacs e Pubmed, confirmaram a dimensão transformadora do cuidado nas relações interpessoais estabelecidas nas práticas de saúde. No entanto, há um desafio permanente de humanizar os serviços de saúde, pois, segundo o estudo: a confiança na relação profissional-usuário adquire um status de relevância; os sentimentos e sentidos na prática do cuidado também adquirem importância nas relações; a comunicação nos serviços de saúde precisa de constante aprimoramento, assim como o modo de organização das práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde estabelecendo uma relação de escuta, valorizando as vivências das pessoas e construindo estratégias para a melhoria da saúde.

O acolhimento aos usuários e o vínculo entre profissionais-pacientes-familiares

denotam uma dimensão do cuidado integral e humanizado em saúde, além de propiciar a confiança entre os envolvidos no processo saúde-doença e interferir positivamente na adesão e continuidade do tratamento.

Diante a compreensão dos autores, percebe-se que o acolhimento na prática do cuidado é de fundamental importância quando permite que os Atores se sintam envolvidos no processo, para que juntos alcancem os resultados nas ações e encontros. Sobre isso, consta no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Brasil, 2024) que conhecer e compreender as condições psicossociais, os riscos e as vulnerabilidades que envolvem o contexto de vida da pessoa vivendo com HIV/AIDS representam uma ferramenta importante para o cuidado integral e o consequente sucesso terapêutico.

Logo, a mulher vivendo com HIV/AIDS necessita de um aparato pessoal e institucional para enfrentar o processo saúde-doença e sobre isso, Cecílio (2011) diz que podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária.

De forma resumida cabe apresentar a explicação do autor sobre cada uma: **individual** - O “cuidar de si”, no sentido de que cada um de nós pode ou tem a potência de produzir um modo singular de “andar a vida”, fazendo escolhas, “fazendo da vida uma obra de arte”; **familiar** - é aquela que assume importâncias diferentes em momentos diferentes da vida das pessoas. Trata-se de uma dimensão da gestão do cuidado localizada no mundo da vida, isto é, tem, como seus atores privilegiados: pessoas da família, os amigos e os vizinhos; **profissional** - é aquela que se dá no encontro entre profissionais e os usuários e nucleia o território da micropolítica em saúde; **organizacional** - é aquela que se realiza nos serviços de saúde, marcada pela divisão técnica e social do trabalho, e evidencia novos elementos, como: o trabalho em equipe, as atividades de coordenação e comunicação, além da função gerencial propriamente dita. A gestão do cuidado depende da ação cooperativa de vários atores; **sistêmica** - é aquela que trata de construir conexões formais, regulares e regulamentadas entre os serviços de saúde, compondo “redes” ou “linhas” de cuidado, na perspectiva da construção da integralidade do cuidado; **societária** - Aqui estamos tratando de como, em cada sociedade, se produzem as políticas públicas em geral, e a de saúde em particular, e como é pensado o papel do Estado, especialmente como formula e implementa suas estratégias para a garantia dos trabalhadores que implementarão as políticas sociais. É a dimensão mais ampla da gestão do cuidado, ou seja, é nela que se aprecia como cada sociedade produz cidadania, direito à vida acesso a toda forma de consumo que contribua para uma vida melhor.

Após a explanação sobre as dimensões na gestão do cuidado, é oportuno falar sobre a atuação profissional. Feuerwerker (2014) diz que:

[...] as práticas de saúde como toda atividade humana são atos produtivos, pois modificam alguma coisa e produzem algo novo. Configuram, portanto, trabalho porque visam produzir efeitos, buscam alterar um estado de coisas estabelecido como necessidades. ASSIM*, além de orientadas pelos saberes científicos, são também constituídas a partir de sua finalidade social, que é historicamente construída (Feuerwerker, 2014, p. 37).

Sobre a relação profissional-usuário, a autora infere que os processos produtivos nesse espaço só se realizam em ato e nas intercessões entre trabalhador e usuário. É nesse território que a ética do exercício profissional e os saberes sobre a relação trabalhador de saúde-usuário adquirem importância, evidenciando a relevância do trabalho vivo do profissional nesse momento. É também neste território – das relações, do encontro, de trabalho vivo que o usuário tem maiores possibilidades de atuar, de interagir, de imprimir sua marca, de também afetar. Em particular, Franco, Bueno, Merhy (1999) discutem sobre a atuação do Assistente Social diz que:

A Assistente Social, participa do Acolhimento e coordena os grupos programáticos. Considerada atividade fundamental para garantir a integralidade da assistência, os programas são fator importante na garantia do sucesso do Acolhimento. Isto porque resolve grande parte da demanda, com ações dirigidas para grupos prioritários de atenção à saúde (Franco, Bueno, Merhy, 1999, p. 15).

Falando ainda sobre atuação profissional e o cuidado às PVHA, em especial as mulheres, no manual para a equipe Multiprofissional (2017) constam as seguintes orientações sobre ‘comportamentos que favorecem o acolhimento:

- Agir com educação e mostrar interesse, por meio da atenção e do contato visual;
- Chamar a pessoa pelo nome (ou pelo seu nome social, assegurando o uso de sua preferência, conforme estabelece a Portaria nº 1.820, de 13 de agosto de 2009, do Ministério da Saúde, em seu art. 4º, inciso I);
- Criar uma relação de segurança e tranquilidade com a PVHIV, permitindo que esta seja a mais verdadeira possível ao informar os fatos;
- Ter postura ética e sigilosa;
- Evitar julgamentos de valor, respeitando as crenças, costumes, práticas e diferentes modos de vida das PVHIV;
- Esclarecer a PVHIV sobre seus direitos e sobre o compromisso dos profissionais de

saúde quanto ao sigilo e confidencialidade de todas as informações pessoais que forem compartilhadas;

- Utilizar linguagem adequada ao nível de compreensão da PVHIV;
- Quando possível, usar recursos didáticos que facilitem o entendimento dos assuntos abordados, ou pedir que a pessoa explique com as próprias palavras o que ela entendeu, de forma a esclarecer dúvidas que ainda persistam;
- Estimular a participação ativa das PVHIV, compartilhando decisões e incentivando ações de autocuidado e responsabilidade com a própria saúde.

O acolhimento, portanto, é primordial na prática do cuidado. O processo de descoberta do HIV acarreta sentimentos conflituosos e mudanças na rotina, exige adaptações, podendo gerar uma sensação de finitude na/para a pessoa. As mulheres falam sobre as barreiras que encontram no manejo do autocuidado e na adesão ao tratamento antirretroviral e as associam, inclusive, ao julgamento moral que ainda hoje recai sobre a PVHA (Oliveira, Junqueira, 2020).

Concluindo a partir do acolhimento e prática do cuidado, os autores vão propor a ‘clínica dos afetos’ como uma prática clínica, complementar à clínica convencional, e que reconhece o corpo afetivo como capaz de responder ao processo de cuidado, ser ativo e altivo na busca da sua reabilitação e recuperação (Franco; Hubner, 2019). Eles afirmam que “os estudos relacionados com a subjetividade e processos de subjetivação vão demonstrar o quanto esses aspectos importam para o processo terapêutico, e para o cuidado em saúde” (*Ibid.*, p. 101). Sobre como e onde está situado o usuário no processo, os autores questionam: O que eles pensam, sentem a partir dos projetos terapêuticos que nós, profissionais de saúde, definimos para eles?

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritiva e de campo, que visa considerar os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões (Minayo; Sanches, 1993). Assim, a pesquisa qualitativa segundo Minayo (2012), busca compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto aos valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; as relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; e os processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

Nesta pesquisa foi realizada uma abordagem crítico-analítica no sentido de possibilitar uma compreensão da realidade, das ações, comportamentos e subjetividades, numa perspectiva

aproximada do método Dialético, aquele que se propõe a analisar os contextos históricos, as determinações socioeconômicas dos fenômenos e as relações sociais e por consequente trabalha com as contradições presentes nas ações e realizações humanas e que encontra-se em constante transformação, pois coloca o sujeito ao fluxo da história (Minayo, 2016).

No que tange à abordagem qualitativa, a pesquisa tem o ambiente como fonte direta dos dados. O pesquisador mantém contato com o ambiente e o objeto de estudo em questão. Nesse caso, as questões são estudadas no ambiente em que elas se apresentam. Devido a essa complementaridade entre o grupo pesquisado e o pesquisador é preciso que a metodologia adotada seja marcada pela imparcialidade e objetividade (Minayo, 2014).

Quanto aos objetivos, a pesquisa caracteriza-se como descritiva, pois visa descrever e analisar as características de determinado fenômeno, contexto ou grupo social, sem a intenção de estabelecer relações de causa e efeito, mas buscando aprofundar a compreensão da realidade investigada (Gil, 2008; Triviños, 1987).

A abordagem crítico-analítica orienta a interpretação dos dados, permitindo não apenas a descrição, mas também a problematização das informações obtidas, à luz de referenciais teóricos pertinentes (Freire, 1987; Demo, 2000). Dessa forma, busca-se compreender os aspectos subjacentes ao fenômeno investigado, considerando suas dimensões sociais, culturais e históricas.

No que se refere aos procedimentos, trata-se de uma pesquisa de campo, realizada no ambiente natural onde o fenômeno ocorre, possibilitando a coleta direta de dados junto aos participantes (Lakatos; Marconi, 2017).

O estudo foi realizado em Camaçari, município da área metropolitana de Salvador-Ba, localizado há menos de 50 Km de distância da capital baiana, com população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022) em 300.372 pessoas habitantes. O município segue em 2º lugar no ranking dos 10 municípios baianos com maior Produto Interno Bruto (PIB) somando R\$25,6 bilhões, segundo dados divulgados pelo IBGE referentes a 2020. Em primeiro lugar aparece Salvador (Camaçari Agora, 2025).

Na área da saúde, o município de Camaçari é dividido em dois Distritos Sanitários e nove regiões de saúde e tem uma cobertura de Estratégia de Saúde da Família (ESF) de 75,80% e de Atenção Primária de 83,54% (Camaçari, 2024).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é composta por 39 Unidades de Saúde da Família (USF), 03 Unidades Básicas de saúde (UBS) - as Unidades Básicas de Saúde (UBSs) estão em transição de mudança de modelo para Unidades de Saúde da Família (USFs), e, desta forma, algumas especialidades que eram das Unidades Básicas de Saúde estão atendendo em alguns

Centro de Referência - CASM (Regiões 1, 2,3 e 4 do distrito da sede) e Multicentro (Região 3 do distrito da costa), 02 academias da saúde, 66 Equipes de Saúde da Família (Eq.SF), 50 Equipes de saúde Bucal, 04 UPAS adulto, 01 UPA infantil, 04 centros de Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), 01 Centro de Referência de Saúde da Criança, 01 Policlínica, 01 Multicentro, Serviços de Atendimento Móvel de Urgência na Sede e na Costa, 04 unidades de Suporte Básico, 02 unidades de Suporte Avançado, 01 Equipe de Consultório de Rua, 06 centros de Referência: Centro de Especialidades Odontológica (CEO), Centro de Especializado em Reabilitação (CER), Centro de Referência de Especialidades em Saúde (CRES), Centro de Oncologia de Camaçari (CEONC) e Unidade de Apoio às pessoas com Doenças Falciformes (UNIFAL) (Camaçari, 2024).

Esta pesquisa foi realizada no Centro de Referência e Especialidades em Saúde (CRES) localizado na cidade de Camaçari - Bahia, após declaração de anuência e encaminhamento para coleta de dados da Secretaria de Saúde do município através da COGETHS (Coordenadoria de Gestão da Educação, do Trabalho e da Humanização na Saúde). O serviço especializado de média complexidade presta atendimento não somente aos seus munícipes como também à população dos municípios: Simões Filho, Pojuca, Mata de São João, Candeias, Dias D'Ávila e Conde.

O CRES presta serviço para diagnóstico, aconselhamento, tratamento e monitoramento de todas as pessoas que vivem com as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), incluindo HIV/AIDS. Conta com uma equipe multiprofissional de saúde composta por médicos infectologista, ginecologista, pediatra, equipe de enfermagem, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico além da equipe administrativa e da higienização.

No segundo momento, as entrevistas foram realizadas com mulheres cadastradas e profissionais lotados no CRES. Quanto aos critérios de inclusão e exclusão foram entrevistadas mulheres de 25 a 65 anos, residentes em Camaçari, vivendo com HIV/AIDS e acompanhadas no CRES; quanto aos profissionais foram entrevistados os, de nível médio e/ou superior, lotados no CRES. E como critério de exclusão, toda mulher que reside em outro município e em tratamento por outra IST foi excluída do estudo. E quanto aos trabalhadores foram excluídos aqueles afastados do serviço por qualquer motivo.

Ao todo, 09 profissionais foram entrevistados na sala onde os mesmos trabalham, garantindo a privacidade e respeitando os atendimentos/demandas. Nesse momento foi explicado, individualmente, sobre o objetivo da pesquisa a ser realizada no CRES e, após uma breve explanação, foi apresentado o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice A) assim como o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Apêndice B);

após leitura e concordância, todos os profissionais assinaram os termos. Apenas os profissionais de nível superior concordaram com a gravação das entrevistas.

Por ser uma pesquisa de natureza qualitativa, não há uma quantidade definida de participantes a serem estudados, neste caso, cada mulher que comparecia ao CRES para consulta, exame ou retirada de medicamentos foi convidada a participar da pesquisa. No total 15 mulheres foram entrevistadas, mas duas estavam fora dos critérios; a entrevista foi realizada a pedido das mesmas, assim temos um total de 13 entrevistas dentro dos critérios. Ao serem abordadas, elas também foram orientadas sobre a pesquisa e informadas sobre o TCLE (Apêndice A) e o Termo de Compromisso para Utilização de Dados (Apêndice B); todas concordaram com a participação, assinaram os termos, mas não aceitaram a gravação.

Essas entrevistas foram realizadas numa das salas de atendimento do CRES ou no salão do 2º andar (acesso por escadas). Para abordar esse público, foram realizadas salas de espera na recepção, tanto no térreo, como no 1º andar - local de atendimento da Farmácia que tem grande fluxo. Nesses encontros, colocando em prática o produto técnico (cartilha com temas para atividades) foi falado sobre a importância do cuidado para todos os presentes, além da realização da pesquisa com público específico e as mulheres foram atendidas individualmente. Uma atendente da farmácia e psicólogo do CRES contribuíram bastante nessa busca, mas a seleção das mulheres foi feita exclusivamente pela pesquisadora devido aos critérios e sigilo.

A coleta de dados foi realizada no mês de março/2026. As entrevistas, a escuta à história de vida de cada uma delas e a demonstração de sentimentos guardados enriqueceram a pesquisa e todos os participantes contribuíram com suas falas, de forma voluntária e foi muito proveitoso, tanto para a pesquisadora como para os grupos, segundo relatos. O sigilo foi respeitado para ambos os grupos: os profissionais falaram sobre suas práticas e as mulheres sobre suas vivências, de acordo com as perguntas norteadoras (apêndice C). Todas as ações no CRES foram permitidas pelos órgãos competentes (Anexo A).

Para Minayo (2017), estudos dessa natureza não necessariamente precisam ter um tamanho de amostra quantitativa, mas que o pesquisador deve perceber, que o desenho e o escopo do estudo são de relevância para provocar um impacto positivo na validação dos resultados. Sendo assim, a amostragem ideal é aquela que possibilita observar as múltiplas dimensões do fenômeno estudado. A partir da saturação das respostas, observada nas primeiras entrevistas, poderia ser selecionada a composição da amostra, mas foi dada continuidade às entrevistas considerando o desejo das mulheres em participar e a riqueza encontrada nas falas o que se apresentará como resultado, assim como o bem estar que elas demonstraram ao poder falar livremente sobre o assunto com uma profissional.

Considera-se saturada a coleta de dados quando nenhum novo elemento é encontrado e o acréscimo de novas informações deixa de ser necessário, pois não altera a compreensão do fenômeno estudado (Nascimento et al., 2017). Vale ressaltar que as respostas foram no mesmo teor, objetivamente falando, mas apresentando novos elementos os quais enriqueceram a pesquisa quando foi necessário apresentar partes das falas.

Nesta pesquisa foi utilizada a entrevista semiestruturada uma vez que esse tipo contém perguntas abertas em ordem prevista, para os dois públicos, onde o pesquisador pode acrescentar perguntas de esclarecimento, uma vez que “a flexibilidade possibilita um contato mais íntimo entre pesquisador e entrevistado, favorecendo a exploração em profundidade de saberes, bem como suas representações, de suas crenças e valores” (Laville; Dione, 1999, p. 189). Para a realização da entrevista semiestruturada foi seguido um roteiro composto por 5 perguntas norteadoras tanto para as mulheres como para os trabalhadores.

Após a realização das entrevistas, todas as informações foram transcritas de forma cuidadosa para posterior análise. As que não foram gravadas foram transcritas de imediato a fim de ter a imagem da pessoa e ser mais fácil para lembrar as falas, além das observações anotadas. De acordo com Minayo (2010) analisar, compreender e interpretar um material qualitativo tem a finalidade de penetrar nos significados que os sujeitos sociais compartilham na vivência de sua realidade.

“O verbo principal da análise qualitativa é compreender” (Minayo, 2012, p.623) e a autora afirma que: para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere.

Desta forma, para a compreensão das informações dos participantes do estudo foi utilizada a análise de conteúdo que tem como característica a busca da compreensão dos sentidos, apresentados pelos participantes, discurso exibido, impactos causados nas suas vidas e as experiências após vivência com o HIV/AIDS. Sobre isso, os participantes, orientados pelos questionamentos apresentados no roteiro da entrevista, livremente irão exibir as respostas que serão matéria para análise de trabalho, estando ancoradas nos objetivos desta pesquisa e de seu objeto (Minayo, 2014; Valle, Ferreira, 2024).

A partir da definição da técnica de Análise de Conteúdo a ser utilizada, estabelecem-se os delineamentos para a condução da análise dos dados. Considerando que o processo analítico requer organicidade e rigor na sua execução, essa fase metodológica é estruturada em diferentes etapas.

A Análise de Conteúdo, segundo Bardin (2016), é composta por três fases: 1. Pré-análise: é o momento da organização do material sobre o qual o pesquisador irá sistematizar as ideias preliminares, é um momento de “intuições”; 2. Exploração do material: inicia-se com a codificação que, na análise de conteúdo, segundo Bardin (2016), se refere ao processo de transformação dos dados brutos, como textos, imagens ou áudios, em unidades de análise significativas para a pesquisa.; 3. Tratamento dos resultados e interpretação: a partir, por exemplo, da inferência que, para Bardin (2016, p. 165), precisa “apoiar-se nos elementos constitutivos do mecanismo clássico da comunicação: por um lado, a mensagem (significação e código) e o seu suporte ou canal; por outro, o emissor e o receptor”.

O processo interpretativo pode ser compreendido como o momento em que o pesquisador dá sentido e significado às manifestações encontradas e estabelece o diálogo com o arcabouço teórico. Tanto a coleta de dados como a transcrição e organização dos dados foram feitas de maneira cuidadosa, considerando a importância e sigilo das falas, especialmente das mulheres, as quais se desprenderam dos sentimentos e participaram ativamente, contribuindo muito para a pesquisa. Desta forma, os dados foram organizados e interpretados por meio da técnica de análise de conteúdo, possibilitando a categorização, interpretação e inferência dos resultados.

As questões éticas do presente estudo seguem a normativa envolvendo pesquisa com seres humanos, especificamente a Lei nº 14.874, de 28 de maio de 2024 que dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (Brasil, 2024), especialmente no que tange ao respeito à dignidade humana, tendo em vista que “desigualdades sociais, pobreza, analfabetismo ou pouca escolaridade” são condições que desafiam o olhar pesquisador também no campo das ciências sociais e humanas na saúde coletiva (Santana; Castilho, 2011, p. 65).

Além disso, tomamos como referência a Lei Federal n.14.289/2022 que obriga a preservação do sigilo sobre a condição de pessoas que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoas com hanseníase e tuberculose (Brasil, 2022b), considerando também o sigilo perante a coleta das informações com os profissionais de saúde que aderirem voluntariamente à presente pesquisa, assim como também a Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016 que é uma norma do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que estabelece regras para pesquisas em Ciências Humanas e Sociais (Brasil, 2016).

Para acesso aos documentos, ao CRES, mulheres e profissionais, foi solicitada e concedida pela COGETHS (Coordenadoria de Gestão da Educação, do Trabalho e

Humanização em Saúde da Secretaria de Saúde de Camaçari) a carta de anuência para o presente estudo, de acordo com a Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD) nº 13.709/2018, em vigência a partir de agosto de 2020 (Brasil, 2020). Salientamos que o presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Bahia (UNEB), sob parecer nº 7.966.767 e CAAE 54898221.4.0000.0057 e está vinculado ao estudo intitulado “Produção do cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS: caminhos, trilhas e afecções”.

No entanto, dentre os benefícios desta pesquisa, temos a possibilidade de novas práticas do cuidado que podem emergir, além de momentos de reflexão com a equipe em prol do bem-estar das pessoas atendidas no CRES e da satisfação dos profissionais com os resultados.

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objetivo geral da presente pesquisa foi analisar a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari.

Após a transcrição das entrevistas, foram elaborados quadros comparativos e gráficos com categorias temáticas embasadas nos objetivos específicos: verificar os efeitos do estigma e discriminação sentidos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS desde o diagnóstico até o tratamento; descrever a vinculação entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS e os profissionais do CRES que atendem esse grupo; identificar estratégias possíveis para qualificar as práticas de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS a serem realizadas pelos profissionais do CRES. A análise dos dados coletados resultou nas três seções deste capítulo:

1. Estigma e discriminação sofridos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS desde o diagnóstico até o tratamento;
2. Vinculação entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS e os profissionais do CRES;
3. Qualificação das práticas de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS.

4.1 ESTIGMA E DISCRIMINAÇÃO SOFRIDOS PELAS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS DESDE O DIAGNÓSTICO ATÉ O TRATAMENTO

A partir das respostas das mulheres participantes da pesquisa às três primeiras perguntas do roteiro da entrevista, foi possível verificar os efeitos do estigma e discriminação sofridos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS desde o diagnóstico até o tratamento. Para

categorização das mesmas foram solicitadas as seguintes informações: idade, situação conjugal, escolaridade, religião, ocupação, renda, raça, cor, moradia, composição familiar (quadro 5). A inclusão desses dados em uma pesquisa sobre cuidado às mulheres com HIV/AIDS é fundamental, porque esses fatores influenciam diretamente na vulnerabilidade, acesso ao tratamento, adesão terapêutica e qualidade de vida dessas mulheres.

A abordagem socioecológica (Bronfenbrenner, 1996) e o conceito de determinantes sociais da saúde (OMS, 2008) reforçam que intervenções eficazes devem considerar esses marcadores para reduzir iniquidades. Pesquisas como as de Parker e Aggleton (2003) destacam ainda como estigmas estruturais (racismo, sexismo, classismo) moldam a epidemia entre mulheres. Essas variáveis ajudam a mapear iniquidades e direcionar políticas públicas específicas. Esses dados humanizam as estatísticas, mostrando que o HIV não é só um vírus, mas uma doença atravessada por determinantes sociais. Sem entender esse contexto, o cuidado fica incompleto.

Quadro 4 – Categorização das mulheres que vivem com HIV/AIDS. Camaçari-Ba / 2026.

Mulheres	Idade	Cor / raça	Escolarida de	Religião	Ocupação	Situação conjugal/ Composição familiar	Moradia/ Renda
M1	52 anos	Parda	1º grau incompleto	Evangélica	Desempregada	Casada 3 filhos	casa própria
M2	30 anos	Parda	2º grau	NM	Encarregada de produção/CTPS	Casada 1 filha	casa própria +1SM
M3	34 anos	Negra	1º grau	NM	Bicheira	Solteira 2 filhos	casa própria + 1SM
M4	52 anos	Parda	2º grau	Testemunha de Jeová	Aposentada	Solteira 3 filhos	Casa financiada 1SM
M5	61 anos	Negra	Primário	Evangélica	Pensionista	Viúva 4 filhos + 1 neta	Casa Própria 1SM
M6	45 anos	Parda	2º grau	Evangélica	Desempregada	Casada 4 filhos	casa própria
M7	42 anos	Parda	1º grau	Evangélica	Desempregada	Casada 4 filhos	Casa própria
M8	56 anos	Negra	2º grau inc	Católica	Aux. Serviços gerais / Desempregada	Viúva/Pensio nista 3 filhos	casa própria 1SM

M09	56 anos	Parda	2º grau	Católica	Aposentada	Solteira 02 filhos	casa própria 1SM
M10	44 anos	Parda	2º grau inc	NM	Recepcionista	casada 5 filhos	Casa própria 1 SM
M11	28 anos	Negra	2º grau	NM	Aux. Serviços Gerais	Casada sem filhos	Casa própria 1 SM
M12	65 anos	Parda	2º grau	Evangélica	Desempregada	Solteira 2 filhos	casa própria BF
M13	45 anos	Parda	2º grau	Evangélica	Desempregada	Casada 4 filhos	casa própria

*NM – Não mencionado / SM – Salário mínimo / BF – Bolsa Família

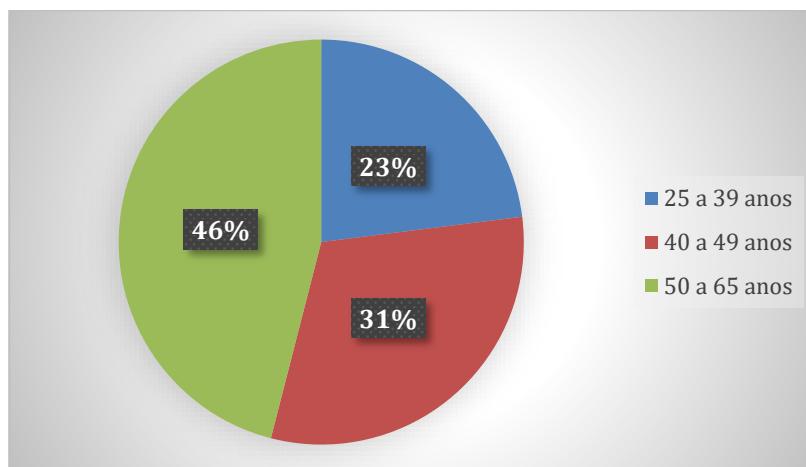
Fonte: Autoria própria.

De acordo com o quadro 4, as participantes não foram identificadas com as iniciais de seus nomes (garantia do sigilo) sendo apresentadas com a letra M referente à palavra “mulher” seguidas de números. Nem todas participantes informaram sua religião, o que não prejudicou a análise considerando que, das participantes que informaram, a maioria se declara evangélica, parda, com o 1º grau incompleto (Ensino Fundamental I), com casa própria e renda de 1 salário mínimo. Foi constatado, portanto, que não se encontram em situação de vulnerabilidade socioeconômica, apesar da carência de recursos, e têm acesso aos serviços de saúde para o tratamento do HIV/AIDS.

A respeito das outras categorias, foram computadas apenas aquelas em que todas as participantes declararam informação, sendo elas: faixa etária, ocupação e situação conjugal. Em relação à faixa etária; 3 (23%) 25 a 39 anos; 4 (31%) 40 a 49 anos; e 6 (46%) 50 a 65 anos (Gráfico 1).

Este perfil etário é relevante, pois a epidemia de HIV/AIDS no Brasil tem mostrado uma tendência de envelhecimento da população vivendo com HIV, com um aumento de casos em faixas etárias mais avançadas. Isso pode estar relacionado a diversos fatores, como o sucesso da terapia antirretroviral (TARV), que permite uma maior sobrevida, e a persistência de novas infecções em grupos etários mais velhos. Estudos indicam que a feminização da epidemia tem se consolidado, com um aumento da proporção de mulheres infectadas, especialmente em idades reprodutivas e adultas (Company; Amaral; Santos, 2021).

Gráfico 1 – Faixa etária de mulheres com HIV/AIDS. Camaçari - Ba / 2026.



Fonte: Autoria própria.

Os depoimentos de algumas mulheres revelam que não somente a terapia antirretroviral (TARV) tem permitido maior sobrevida como também a não transmissão do vírus para seus parceiros e filhos.

[...] entendi que o tratamento é possível. E fiz tudo certo, já estou indetectável e sigo a minha vida normal. Nunca tive outros problemas de saúde, não perdi peso e trabalho normal. M2.

Fiz o tratamento certinho quando soube que ele (o filho) ficaria livre desse problema. M3.

No início foi muito difícil: eu estava pesando 32 kg, doente sem saber o que era. Internei no hospital das Clínicas. Recebi duas notícias: eu estava com HIV e grávida de 4 meses. Quase morri, eu estava com minha mãe e ela me disse: calma (...) Tenho certeza que foi o cuidado de Deus, por causa do meu filho, fiz o tratamento todo certo e entendi sobre a doença. Meu marido não tem o vírus, não sei como peguei porque nunca trai. Tive e tenho o apoio de todos e vivo normal. Tive outro filho depois. Estou indetectável há anos. M6.

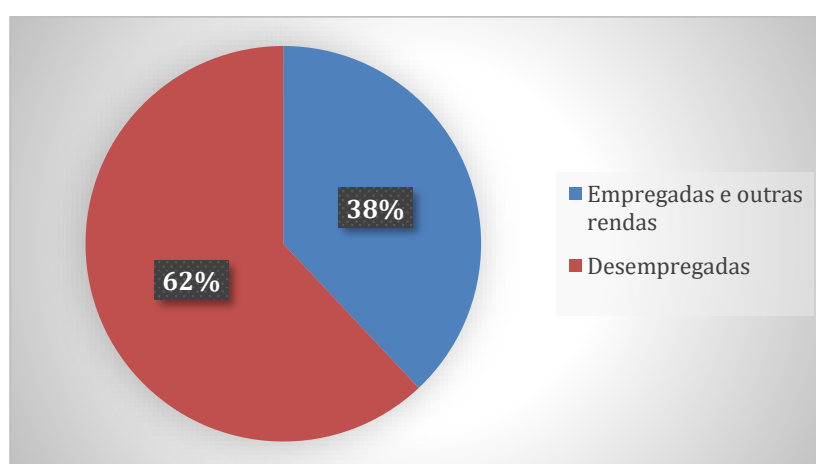
O cuidado é isso aqui: me preocupo com ele (filho), dou assistência e fiquei arrasada quando soube que estava com HIV e grávida, fiquei doida, chorei muito. A enfermeira do Posto e a médica cuidaram de mim, aí me explicaram tudo. Fiquei aliviada e só assim quis começar o tratamento, para livrar meu filho desse problema. M13

O termo “indetectável” utilizado pelas mulheres foi fundado após estudos com casais sorodiferentes que realizavam terapia antirretroviral (TARV) por pelo menos seis meses. Estes casais apresentaram carga viral plasmática inferior a 200 cópias/mL, comprovando que a supressão da replicação viral reduz o risco de novas transmissões, gerando assim o conceito de

“Indetectável = Intransmissível” ($I = I$) para a transmissão sexual do HIV (Lemessurier et al., 2018).

O acesso ao CRES, direito garantido pelo SUS para todos, permite que todas as participantes realizem tratamento independentemente de estarem empregadas ou desempregadas, conforme é comprovado no gráfico 2. Vale ressaltar que todas as mulheres empregadas declararam que nunca deixaram de trabalhar devido ao diagnóstico e seguem trabalhando regularmente durante o tratamento.

Gráfico 2 – Ocupação das mulheres com HIV/AIDS. Camaçari - Ba / 2026.



Fonte: Autoria própria.

Os dados do gráfico 2 não seguem a realidade analisada por Valle (2002) em que a situação de desemprego pode impactar negativamente na adesão ao tratamento e no acesso a serviços de saúde, além de gerar vulnerabilidades sociais e econômicas. Isso porque as mulheres que estão desempregadas não deixaram de aderir ao tratamento. A autora ainda acrescenta que a empregabilidade pode conferir maior autonomia e acesso a recursos, embora não elimine o estigma e a discriminação associados ao HIV/AIDS no ambiente de trabalho. A vulnerabilidade social e econômica é um fator determinante na epidemia de HIV/AIDS, especialmente para mulheres, que muitas vezes enfrentam barreiras adicionais no mercado de trabalho e na sociedade.

Da minha família só minha mãe e meu marido sabem. Eu peguei dele e ele também faz tratamento. Não gosto de falar sobre esse assunto com outras pessoas por causa do preconceito. M1

*Eu fiz uma cirurgia há 12 anos e meu marido em seguida ficou muito mal. Teve uma coisa atrás da outra, mas nunca soube que tinha HIV. Depois que ele morreu soube que estava pelos exames de rotina(...). Tenho 4 filhos, se eles não sabem do que o pai morreu, como digo que tenho esse vírus? Só eu e Deus sabemos disso. E a equipe daqui. Não quero falar com mais ninguém por causa do preconceito e julgamentos. Sofro calada até a morte. **M5.***

*Aqui (no CRES) não vejo o preconceito que vejo lá fora. Os profissionais acolhem e orientam muito. **M9.***

Os relatos anteriores trazem reflexões acerca do preconceito em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS devido à estigmatização da doença. Em contrapartida, Villela e Barbosa (2017) explicam que o temor do preconceito e da discriminação não impede que as mulheres continuem suas vidas, muitas estabelecendo novos relacionamentos, projetos de vida ou completando suas trajetórias reprodutivas. É perceptível que o autocuidado aumenta com o tempo, do mesmo modo que as preocupações com o futuro tendem a diminuir, sugerindo que viver com HIV/AIDS é um aprendizado, conforme é verificado nas respostas das participantes M2, M4, M6 e M11:

*Essa doença deixa a gente sem chão e sem apoio também. Só eu e meu marido sabemos, por que se falar pra alguém posso ser julgada e apontada. Hoje faço o melhor por mim, me cuido mais que antes, sou vaidosa, simpática e vivo feliz. Meu filho precisa de mim. **M2***

*Minha rede de apoio é Jeová em tudo. Minha mãe, filhos e uma irmã sabem do tratamento, mas não cuidam de mim não. Eu me viro sozinha pra tudo e cuido muito bem da minha saúde. Sou bonita e acho namorado, eu que não quero, mas não por ter HIV, por outras situações **M4***

*Eu me cuido e vejo como uma doença como outra qualquer. É uma pena que as pessoas tem muito preconceito. Uma irmã minha morreu aos 24 anos com câncer de mama e eu tenho HIV, me cuidando, por causa dele não morro. A nossa vida seria outra se todos entendessem que a vida é normal e toda doença precisa ser tratada... Dá para saber que vivo com esse vírus? Vivo feliz com a minha família. Tenho 4 filhos e oriento bem eles. **M6***

*Sempre tive muito apoio, eu era muito nova. Não entendia nada da doença, minha família cuidou de mim. Sempre fiz o tratamento certinho e quando comecei a namorar já não passava mais o vírus. Me sinto bem.... Ele (marido) veio aqui antes da gente ter relação, fez exames, mas não tem o vírus e a equipe explicou tudo para nós. Ele entendeu e casamos. Vivemos felizes **M11.***

No quadro 5, é possível constatar que de acordo com o tempo de tratamento das participantes, todas (com exceção de M10 em tratamento há 3 meses) já estão indetectáveis, mesmo a participante que tem apenas 6 meses de tratamento, pois ela descobriu a doença

quando engravidou e iniciou o pré-natal (hoje o filho está com 02 meses). Essas informações foram coletadas a partir da Pergunta 1 do questionário: “Há quanto tempo você está em tratamento? Quem compõe a sua rede de apoio?”. Foi possível identificar a idade provável de contato inicial com o vírus, bem como a forma de contaminação.

Quadro 5 – Tempo de tratamento, forma de contaminação e rede de apoio. Camaçari-Ba/ 2026.

Mulheres	Idade	Tempo de tratamento	Idade provável de contaminação	Rede de apoio	Forma de contaminação
M1	52 anos	5 anos	47 anos	Mãe e marido CRES	Marido atual
M2	30 anos	5 anos	25 anos	Ela mesma/ marido	Marido atual
M3	34 anos	7 anos	27 anos	Ela e a mãe. Deus e o CRES	Ex marido
M4	52 anos	6 anos	46 anos	Deus e ela mesma	Não sabe, acha que foi no alicate (manicure)
M5	61 anos	12 anos	49 anos	Deus e CRES	Não sabe (ex marido falecido ou transfusão)
M6	45 anos	15 anos	30 anos	Mãe, irmãs, marido e o CRES.	Não sabe (único marido e ele não tem HIV)
M7	42 anos	1 ano e 2m	41 anos	Deus, Ela mesma, marido e o CRES	Marido atual
M8	56 anos	21 anos	35 anos	Deus e ela mesma	Ex marido
M09	56 anos	5 anos	51 anos	Deus e ela mesma	Ex marido
M10	44 anos	3 meses	44 anos	Mãe, irmãs e marido.	Marido atual (6 meses de relacionamento)
M11	28 anos	15 anos	13 anos	Família e CRES	Abuso Sexual
M12	65 anos	15 anos	50 anos	Deus, ela mesma e CRES	Ex marido
M13	45 anos	6 meses	45 anos	Marido e mãe	Marido

Fonte: Autoria própria.

A principal forma de contaminação relatada pelas participantes foi através do parceiro fixo (marido ou ex-marido), com 9 casos. Outras formas inclui o abuso sexual (1 caso) e 3 participantes não sabem de quem/como contraíram o vírus (relação sexual, alicate ou transfusão). A transmissão heterossexual, especialmente dentro de relacionamentos estáveis, é

uma via predominante de infecção por HIV em mulheres no Brasil, refletindo a dinâmica da feminização da epidemia (Oliveira e Junqueira, 2020).

Company, Amaral e Santos (2021) reforçam que a naturalização da concepção machista de que mulheres cisgênero e heterossexuais são monogâmicas e mantêm relações estáveis acabou por invisibilizar fragilidades, incluindo essas mulheres num falso território de proteção. Isso leva à confiança no parceiro e à dificuldade em negociar o uso de preservativos, sendo, portanto, fatores que contribuem para essa vulnerabilidade.

Villela e Barbosa (2017) coadunam que o não uso do preservativo é atribuído à presença da relação estável, à não percepção do risco ou mesmo à dificuldade de uso de proteção junto a um parceiro eventual.

O cuidado é o que eu não tive comigo, mas porque confiava né? [...] Nunca usamos camisinha, eu confiava mesmo, mas hoje sei que é uma forma de cuidado... Até hoje tenho relações sem camisinha, por que já temos mesmo o vírus... M1.

Peguei do meu marido e descobri fazendo exame de rotina. Sempre cuidei da minha saúde e do meu filho, mas nunca pensei em usar camisinha. Confiava nele e aconteceu. M2

Campany e Amaral (2021) reforçam que, na visão feminina, o amor tende a ser visto como sinônimo de abnegação de si mesma, e a confiança no parceiro prejudica a percepção de riscos de infecção por HIV e outras doenças sexualmente transmissíveis. M10, mesmo sabendo das medidas de prevenção, até por trabalhar na área da Saúde e estando em um relacionamento recente, cedeu à falta de cuidado do parceiro:

Ele já esteve preso. Olha mulher,, muita coisa viu, minha cabeça tá a mil. Ele é machista, não gosta de preservativo, pouco tempo de relacionamento e eu confiei e me ferrei [...] e tantas campanhas sobre isso, mas a gente acha que nunca vai acontecer com a gente. Eu devia ter cuidado de mim... Hoje estou encarando melhor essa realidade por causa do apoio profissional que tenho, aqui e no Posto, mas não é fácil não. M10.

Campany e Amaral (2021) afirmam que o maior índice de infecção pelo HIV se verifica entre as mulheres que se apegaram à falsa crença de que as casadas não contraem o vírus. M10 viveu a maior decepção ao saber do diagnóstico. Casada há 40 anos nunca fez uso de preservativo, não sabia que era traída e confiava nele. E para as autoras, essas mulheres se submetem aos seus maridos, delegando ao homem o papel de proteção e cuidado. Como são

fiéis em suas relações, acreditam que seus cônjuges também o são, e nesse contexto não há espaço para negociar o uso de preservativos.

Em tratamento há 21 anos. Peguei o vírus do meu ex-marido, pai dos meus filhos. Nunca conversamos sobre uma doença dessa nem sobre camisinha, traição (...). Tivemos 3 filhos. Ele faleceu por que não fez tratamento e não me disse que tinha HIV. Só quando ele estava mal (internado) que me disse do que se tratava. Fiz exames, foi confirmado e logo comecei o tratamento. Não tive nem tempo para pensar: precisava cuidar de mim e dos filhos. M8

Os relatos produzidos por essas mulheres emergem reflexões a respeito de como o amor e fidelidade atravessam questões relacionadas à prevenção à saúde, pois as mulheres parecem sentir-se seguras quanto ao não uso de preservativos quando se encontram em relacionamentos afetivos estáveis, refletindo o perigo do amor romantizado. Para Oliveira e Junqueira (2020), o modelo de amor romântico pode implicar para as mulheres um ideal de amor construído à base de renúncias pessoais e de uma relação de submissão ao homem.

Acrescenta-se a isso a discussão de Villela e Barbosa (2017) sobre a invalidação do esforço de organizações governamentais e não governamentais, em especial na década de 90, visando desconstruir a ideia dos “grupos de risco” e incentivar a negociação para o uso do preservativo. Segundo as autoras, esta ideia parece que se manteve no imaginário social e a prática de prevenção continua sendo um desafio, especialmente quando a mulher estabelece vínculos afetivos e de confiança com o parceiro.

Ainda buscando verificar os estigmas e a discriminação existentes no diagnóstico e que persistem durante o tratamento, foi questionado às mulheres (pergunta 2): Como você percebe o cuidado da sua rede de apoio? A rede de apoio já havia sido mencionada na pergunta anterior e nesta foi direcionado para a percepção desse cuidado (quadro 6).

Quadro 6 – Percepção do cuidado de sua rede de apoio. Camaçari-Ba / 2026.

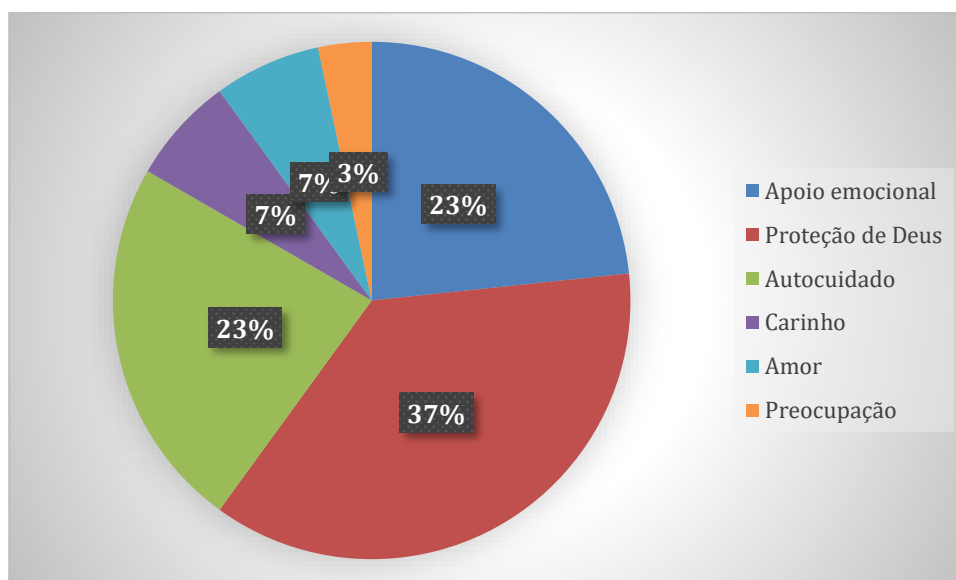
Mulheres	Idade	Rede de apoio	Cuidado da rede de apoio
M1	52 anos	Mãe e marido	Preocupação constante da mãe Proteção de Deus CRES
M2	30 anos	Ela mesma, o marido e o CRES	Autocuidado
M3	34 anos	Deus, ela mesma, a mãe e o CRES/ Não tem rede de apoio	Apoio emocional da genitora Proteção de Deus
M4	52 anos	Jeová e o CRES/ Ela mesma	Autocuidado Proteção de Jeová

		Não tem rede de apoio	
M5	61 anos	Não tem rede de apoio / Deus	Proteção de Deus
M6	45 anos	Família (mãe, irmãos e filhos) e Marido	Proteção de Deus. Carinho do marido e filhos. Amor da Mãe. Apoio dos irmãos e profissionais do CRES
M7	42 anos	Deus e o CRES Ela e o marido	Autocuidado Proteção de Deus
M8	56 anos	Família sabe, mas não tem rede de apoio	Apoio emocional da mãe Autocuidado Proteção de Deus
M09	56 anos	Não tem rede de apoio/ Filhos sabem Deus e o CRES	Proteção de Deus Autocuidado Apoio emocional no CRES
M10	44 anos	Mãe, irmãs e marido. Equipe do Posto (trabalho) e CRES	Autocuidado Apoio emocional Proteção de Deus
M11	28 anos	Família e marido. CRES	Carinho e amor do marido e da família Proteção de Deus
M12	65 anos	Deus, CRES e ela mesma/ Família sabe, mas não cuida	Autocuidado Proteção de Deus
M13	45 anos	Marido e mãe CRES e Deus	Apoio emocional da mãe Autocuidado pelos meus filhos (principalmente o de 2 meses). Proteção de Deus

Fonte: Autoria própria.

Através do quadro 6, verifica-se que a rede de apoio das mulheres que vivem com HIV/AIDS é representada por poucos membros da família, laços afetivos: mãe, marido, filho(a), irmãs, amigo e dão ênfase a Deus e à equipe do CRES. O cuidado é percebido através do apoio emocional (7 citações), proteção de Deus (11 citações), autocuidado (7 citações), carinho (2 citações), amor (2 citações) e preocupação (1 citação), conforme é ilustrado no gráfico 3.

Gráfico 3 – Percepção do cuidado de sua rede de apoio. Camaçari-Ba/2026.



Fonte: Autoria própria.

Importante ressaltar que o autocuidado foi identificado como cuidado da rede de apoio, pois 3 mulheres responderam que são sua própria rede de apoio. M4 informou que não tem quem cuide dela, então a ida ao CRES em busca de tratamento é uma ação de autocuidado.

Eu moro sozinha, sofro, choro muito, mas me cuido. Ninguém cuida de mim, só Jeová. Quando venho para consultas e exames me sinto bem, viva, converso bastante e estou me cuidando. M4.

Não tenho rede de apoio. Minha mãe, irmãs e filhos sabem, mas não cuidam. Ando sozinha, me cuido sozinha. M8

Me dá tristeza quando penso nessa doença. Mudou demais a minha vida, mas tenho que encarar e agora cuido muito de mim. Hoje sou uma pessoa triste, calada (...), mas não posso deixar de cuidar de mim... Só eu e Deus. M12

Vale acrescentar que as mulheres entrevistadas possuem irmãs, conforme relatos e, em alguns casos, até 4 filhos adultos, mas elas não buscam ou não têm o apoio, elegem uma ou duas pessoas no máximo para falar sobre o assunto e foi percebido, no dia da entrevista, que a maioria estava sem acompanhante no CRES. Isso reforça que elas são a peça importante nas suas próprias redes de apoio o que pode ser pelo estigma, vergonha e/ou necessidade de exercer o autocuidado e autonomia. Sobre isso, profissionais do CRES dizem:

Sobre a mulher, o sofrimento é maior por que não previne, não fala com o parceiro sobre prevenção, práticas de sexo seguro e na faixa etária acima dos 30-35 anos o estigma é maior. P1

O estigma só é destruído quando a própria pessoa assume o seu estigma. Quando ela fica escondendo, ela está ratificando, reproduzindo o próprio estigma. P5

Azevedo (2006) explica que a palavra "cuidado" origina do latim *cura* e era usada num contexto de relações de amor e amizade, expressando atitudes de cuidado, devoção, preocupação e, também, inquietação sobre o objeto amado/estimado. Desse modo, compreende-se que nesse conceito há dois sentidos interrelacionados: (1) atitude de atenção e devoção e (2) preocupação, pois o cuidador sente-se emocionalmente envolvido à pessoa cuidada.

Nas entrevistas, as mulheres demonstram entendimento sobre o cuidado através do apoio emocional, preocupação, amor e carinho de seus familiares e, nas falas, também deixam perceber que gostariam de ter mais presença dos familiares, porém, paralelamente elas dizem que caminham sozinhas, resolvem tudo sobre suas vidas:

Só eu e ele sabemos, é um segredo nosso. Não quero contar a mais ninguém. Me cuido hoje mais que antes. M2.

Minha mãe, filhos e uma irmã sabem do tratamento, mas não cuidam de mim não. Eu me viro sozinha pra tudo. Acham que não preciso e eu não peço. Tenho 2 amigos que me trazem aqui no CRES. M4.

Só eu e meu marido sabemos disso. Não tem por que falar a outras pessoas, o preconceito é grande. E ninguém ia deixar suas coisas pra me acompanhar aqui, venho todo mês. Tem gente da minha família que se souber que tenho não olha mais pra mim, é triste. M7.

Minha família sabe (mãe e irmãs). Se precisar de alguém pra me ajudar eu tenho, mas ando sozinha. M10.

Para Bocchi et al. (2009), o conceito de cuidado está relacionado à satisfação da necessidade do outro. Os autores explicam que as atitudes de incentivo familiar à autonomia e facilitação da participação do doente nas decisões, ajudando-o a se reconhecer como sujeito de sua saúde, propiciam um melhor restabelecimento e um maior nível de autonomia para ambos, cuidador e pessoa cuidada. Essa compreensão foi verificada na fala de M11 que o apoio da família favorece a autonomia e dá segurança:

*Graças a Deus a minha família cuidou de mim. Eu sofri abuso sexual e peguei o vírus, mas minha família cuidou mais de mim que eu mesma, eu era muito nova(...). Não fiquei com traumas e sigo minha vida normal. Trabalho, estudo, casei e cuido da minha casa, do meu marido e de quem precisar de mim.***M11.**

A rede de apoio familiar tem participação importante no cuidado à saúde das mulheres que vivem com HIV/ AIDS, especialmente na adesão à terapia antiretroviral (TARV) que exige mudanças na rotina e nos hábitos de todos os envolvidos. Silva e Tavares (2013), ratificam que a família afeta positivamente na autoestima, na autoconfiança e na autoimagem do indivíduo doente e traz benefícios para o tratamento, fortalecendo o sujeito e preparando-o para dar continuidade a sua vida.

*Quando eu iniciei o tratamento eu estava morta por dentro(...), mas quando me explicaram que meu filho não teria, não pensei duas vezes, fiz e faço o tratamento direitinho, muitos anos.... E minha família colou comigo, nunca fiquei sozinha. Eu tenho uma vida normal.***M6**

A fé e a religião também atuam como mecanismos de enfrentamento às questões que surgem com o diagnóstico de HIV/AIDS. Oliveira e Junqueira (2020) defendem que a fé em um ser supremo pode funcionar como um amparo/suporte no desafio da pessoa se reposicionar pessoal e socialmente após a descoberta do diagnóstico. Para as autoras, a religiosidade é uma dimensão integrante do humano, pois a condição de saúde está condicionada a uma série de fatores biológicos, subjetivos, ambientais, socioeconômicos, espirituais, culturais e políticos. Assim, a fé em Deus, a certeza do seu cuidado e a confiança em sua intervenção e orientação são determinantes na vida das pessoas que vivem e convivem com HIV/AIDS, como apontam as mulheres.

Quem cuida de mim é Deus, ai que não fosse a minha fé. **M3.**

Minha rede de apoio é Jeová. **M4.**

*Cuidado só de Deus o tempo todo.***M5.**

*Se não fosse Deus na minha vida não estava aqui. Pedi forças a Ele porque meus filhos precisavam de mim. E hoje meus filhos não cuidam de mim, só Deus.***M8.**

*Quem cuida de mim é Deus. Minha família sabe, mas nunca ninguém veio até aqui comigo. E tem dias que precisa sabe? Tem dias que estou muito triste.***M12.**

A pergunta 3 do roteiro norteador, “Como você sente a doença na sua vida? E quais os obstáculos enfrentados?”, trouxe diferentes relatos sobre o momento em que as mulheres receberam o diagnóstico e a decisão de iniciar o tratamento. Também foi mencionado a vergonha do diagnóstico que as silencia e atrasa o início do tratamento, mas também força para entender o que estava acontecendo e a busca imediata por ajuda médica.

No início foi muito difícil. Sofri demais por isso contei a minha mãe e ela sofreu igual a mim. Foi horrível. Não desejo a ninguém. Hoje estou bem melhor, cuido de mim. M1.

No início foi muito ruim, por que sabemos através de traição né? M2.

Sofri muito no início. Peguei do pai dos meus filhos, me separei dele. Aí faço o tratamento e cuido dos filhos. Ahh.. e trabalho neh? M3.

Eu sofri demais. Tenho depressão e outros problemas. Tenho acompanhamento com psiquiatra e não estou fazendo terapia porque é muito difícil (me ajude, disse ela).M4.

Eu fiquei muito triste quando soube. Só quando cheguei aqui fiquei sabendo que tem tratamento. Eu já achava que ia morrer. Aí fui melhorando, passei pelo Psicólogo e fui entendendo. A falta de informação mata a gente e depois o preconceito. M7.

Eu nem tive tempo para pensar, perdi meu marido muito jovem e tive que criar os filhos e me cuidar. Não foi fácil não (chorou), sofri muito calada. M8.

Vim pro CRES no outro mês (após o resultado). Fiquei péssima, sem comer e sem tomar banho. De cama... depois reagi e iniciei o tratamento. Aqui (no CRES) fui bem acolhida e levo uma vida normal. M10.

Em alguns casos, a descoberta do diagnóstico ocorre em momentos de muita felicidade na vida de uma mulher: uma gravidez e o nascimento de um filho. Ainda que haja muita tristeza nessas situações, elas são determinantes na busca do tratamento, o amor ao filho fortalece no enfrentamento de todos os obstáculos que a convivência com o vírus pode ocasionar.

Recebi a notícia do HIV e da gravidez ao mesmo tempo (...). E hoje entendo que era a força que eu precisava. Eu enfrentei o tratamento, pesando 32 kg, muito doente, mas só pensava no meu filho. M6

Fiquei arrasada quando soube que estava com HIV e grávida, fiquei doida, chorei muito. Tive o apoio da equipe do Posto. Elas (a médica e a enfermeira) me explicaram tudo. Fiquei aliviada e só assim quis começar o tratamento, para livrar meu filho desse problema. M13.

Percebe-se que as escolhas feitas para organizar a vida após o diagnóstico são prontamente feitas quando envolve uma outra vida. Os relatos ratificam a compreensão de Villela e Barbosa (2017) que, para algumas mulheres, a possibilidade de viver com o HIV está relacionada aos apoios sociais mobilizados e à manutenção de laços familiares e afetivos, apontando para a importância desses vínculos na qualidade de vida. Para outras, no entanto, os vínculos sociais são ressignificados, sendo estabelecidos novos círculos de relações em que a infecção passe despercebida ou não valorizada.

*A minha relação com minha mãe melhorou muito, ela é minha força.***M1.**

*Depois desse problema fiquei pior, quando eu penso que é pra vida toda. Vou morrer com isso, não é? Vivo triste, mesmo tendo minha família, mas esse segredo incomoda, dói. E aqui também não converso com ninguém. Não sei que milagre estou aqui conversando, mas foi bom pra mim, fiquei melhor.***M5.**

*Aqui eu me sinto tranquila por que sei que quem está aqui tem um problema igual ou pior. Mas todo mundo aqui se cuida, a gente fala de coisas boas. Converso com as mulheres por que a gente sempre se encontra nas consultas. Aí é bom pra gente.***M7.**

*Me sinto bem aqui (no CRES), gosto de vim pra cá. Ganhei novas amizades, vivemos a mesma situação, temos nossos filhos para cuidar e estamos aqui todo mês.***M13.**

O diagnóstico determina mudanças na vida de algumas mulheres, principalmente em suas relações afetivas seja no fortalecimento do amor e cuidado ou na rejeição e silenciamento. Nesses entraves, novos cuidados são também estabelecidos por novos sujeitos sociais que passam a compor essas histórias de vida: profissionais de saúde. Estas, passam a ser presenças constantes e, conforme Villela e Barbosa (2017), ajudam essas mulheres a se reconhecerem na construção de suas novas trajetórias.

4.2 VINCULAÇÃO ENTRE AS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS E OS PROFISSIONAIS DO CRES

Após o diagnóstico de HIV/AIDS, os pacientes precisam buscar tratamento com medicamentos antirretrovirais, pois, segundo Cachay (2025), sem tratamento, poderá ocorrer complicações sérias e também já foram desenvolvidos medicamentos mais recentes e menos tóxicos. Nesta pesquisa, o local de tratamento alvo de análise foi o CRES da cidade de Camaçari

onde foram entrevistados 09 profissionais (quadro 7) que trabalham diretamente no atendimento às mulheres que vivem com o vírus.

Quadro 7 – Profissionais de saúde do CRES. Camaçari-Ba / 2026.

Profissionais	Escolaridade	Tempo de atuação
P.1	Graduação	16 anos
P.2	Técnica	1 ano
P.3	Graduação	5 anos
P.4	Ensino Médio	6 anos
P.5	Graduação	16 anos
P.6	Graduação	11 anos
P.7	Graduação	13 anos
P.8	Graduação	12 anos
P.9	Graduação	16 anos

Fonte: Autoria própria.

Todos os profissionais são efetivos e responderam à pergunta 1: Descreva a sua atuação profissional com pessoas que vivem com HIV/AIDS. As respostas foram separadas em categorias conforme a atuação de cada um no CRES: 1 médico, 2 psicólogos, 2 da área de enfermagem, 1 nutricionista, 1 análises clínicas e 2 da área de farmácia.

Observando o fluxo e conversando informalmente com as recepcionistas, elas atuam no atendimento inicial a todos que procuram o CRES; fazem o acolhimento, organizam de acordo com as demandas (consultas, exames, farmácia etc), entendem sobre o sigilo e oferecem bom trato. Assim, P6 faz o atendimento, acolhendo, orientando e garantindo o seguimento das recomendações médicas e P7 atende os pacientes, faz os encaminhamentos e orienta o retorno ao médico para que possa resolver uma situação identificada. Além de direcionar a entrega das cestas básicas e faz a solicitação do suplemento quando há deficiência na alimentação ou imunidade baixa.

Ainda respondendo sobre a atuação, P1 e P5 trabalham com a prevenção, orientação, aconselhamento, assistência à parte comportamental e à subjetividade da experiência de viver com o HIV/AIDS. Os profissionais de enfermagem fazem o acolhimento dos pacientes após a consulta com o psicólogo, realizam a escuta qualificada para a orientação sobre os exames e tratamento adequado.

O profissional P9 fica responsável pelas coletas e acompanhamento dos resultados dos exames (carga viral e CD4) que são realizados de 6 em 6 meses, tudo realizado com acolhimento e conforto aos pacientes. E os profissionais da área farmacêutica fazem a entrega dos medicamentos antirretrovirais de forma controlada para garantir que todos tenham acesso

à medicação. Desta forma, os pacientes precisam ir regularmente ao CRES, estabelecendo assim, vínculo empático com estes profissionais.

Os relatos apresentados demonstram que a equipe do CRES realiza atendimento humanizado. Campany (2021) alerta que as equipes de atenção básica deveriam desempenhar um papel relevante nesse trabalho educativo. Isso porque o vínculo com a população facilita o diálogo mais franco entre usuários e profissionais de saúde.

O sexo ainda está cercado por tabus, e essa relação mais próxima permite que o assunto seja abordado de forma mais direta, com o aprofundamento necessário. Momentos de reflexão conjunta, com a participação de usuários da saúde (mulheres e homens) e equipe profissional, também podem favorecer métodos – como o estudo de caso e a problematização – que ampliam a capacidade de refletir sobre o tema e empoderar o indivíduo para adotar um comportamento seguro e consciente (Campany, 2021, p. 13).

Com o objetivo de descrever a vinculação existente entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS e os profissionais do CRES, foi questionado a estes profissionais: Pergunta 2. Como você entende o cuidado? Pergunta 3. E como você percebe a prática do cuidado? Às mulheres que vivem com HIV/AIDS, foi questionado: Pergunta 4. O que você entende sobre o cuidado e como você percebe o cuidado dos profissionais do CRES? Você se sente acolhida pelos profissionais? As respostas foram cruzadas para entender se o cuidado do serviço prestado é, de fato, percebido pelas usuárias do CRES.

A análise das respostas iniciou com os profissionais que foram mencionados na fala das mulheres entrevistadas e, posteriormente, seguiu com os demais profissionais. Vale ressaltar que, em âmbito geral, existe vínculo entre os profissionais e as mulheres que vivem com HIV/AIDS, conforme os relatos abaixo:

Aqui é tudo bom, muito bom. Só o atestado que não deveria ter a sigla M2.

Eu acho que deveria ter mais acolhimento principalmente para quem chega de primeira.M3.

Aqui não precisa melhorar nada. Está tudo bom. Temos é que agradecer por ter uma equipe acolhedora. M4.

A equipe aqui é dedicada. Não tenho nada a reclamar. Se tivesse mais profissionais na recepção era melhor. E também evitar mudanças M6.

A equipe é ótima. Na verdade, é assim: onde o CRES estiver nós vamos ter que ir M7.

*Mais informações para quem chega. A primeira vez aqui é muito ruim, chegamos perdidas. Tem que ter pessoas boas para acolher. Quando muda alguém da equipe não é bom. Sentimos logo a diferença. **M8.***

*Aqui no CRES todos os profissionais são bons. As orientações deles me deixaram mais tranquila. **M10.***

*Aqui todos os profissionais são bons. Eles cuidam muito, mas é tudo rápido também por que é muita gente. **M12***

*A equipe do CRES é ótima. Logo que soube fui atendida pelo Psicólogo e foi um alívio. **M13***

Em um aspecto geral, observa-se que há vínculo entre os profissionais e as mulheres atendidas, o que demonstra uma percepção positiva do cuidado ofertado. As falas destacam sentimentos de acolhimento, empatia, profissionalismo e confiança, revelando que as práticas de saúde transcendem o caráter técnico e se aproximam da dimensão relacional. Essa percepção dialoga com Ayres et al. (2006), que defendem que o cuidado em saúde das pessoas vivendo com HIV deve ser pautado em vínculos, diálogo e corresponsabilidade, de modo a promover não apenas o acesso aos serviços, mas também a integralidade e a humanização do atendimento. Nesse sentido, o reconhecimento da equipe como “boa”, “dedicada” e “acolhedora” reafirma a relevância das práticas interprofissionais na construção de um cuidado integral.

As recepcionistas são as profissionais que têm o primeiro contato com as mulheres atendidas no CRES, mas elas não concordaram em participar por estarem há pouco tempo no CRES. Portanto, a compreensão acerca do cuidado também é de suma importância para o êxito no tratamento dessas mulheres e foi percebido na atuação de todos os profissionais entrevistados ou não:

*O cuidado é tratar bem, ouvir e procurar ajudar. Se está aqui é porque está precisando de tratamento. **P4.***

*O cuidado acontece quando você olha para a pessoa. O olhar diz tudo por que aí a pessoa percebe que pode ter a sua atenção. Muitas pessoas chegam aqui com vergonha. Elas querem que a gente entenda e eu procuro entender por que não é fácil estar aqui. **P9.***

Sobre a percepção do cuidado em sua prática profissional, os profissionais informaram que atendem bem e que fazem com calma para não errar, entendendo que isso também é uma questão de cuidado.

*Tudo aqui depende do sistema e não podemos errar para não prejudicar eles com informações erradas. **P4.***

Nas falas, o cuidado é compreendido como atenção, escuta, acolhimento e respeito, revelando que gestos simples, como um olhar atento ou a disposição em ouvir, são significados como formas de cuidado e humanização do serviço.

Essa percepção está em consonância com Ayres (2004), que entende o cuidado como uma construção intersubjetiva, em que a dimensão técnica se alia à sensibilidade e à escuta, sendo essencial no atendimento a pessoas vivendo com HIV. Além disso, observa-se a preocupação das recepcionistas em agir com calma e precisão, reconhecendo que a pressa e a vergonha relatadas pelas usuárias podem impactar a relação estabelecida no atendimento. Essa postura evidencia a necessidade de valorização do acolhimento como tecnologia leve no trabalho em saúde, capaz de fortalecer vínculos e reduzir barreiras de acesso (Merhy, 2002).

Ao questionar sobre o acolhimento dos profissionais do CRES para as 13 mulheres entrevistadas, algumas demonstraram insatisfação em relação ao atendimento da recepção:

Eu acho que deveria ter mais acolhimento principalmente para quem chega de primeira. A recepção também precisa ser mais acolhedora, mas é por que a demanda pra elas é grande e as vezes só fica uma. Não estou reclamando não viu... só falando o que vejo. M3.

Se tivesse mais profissionais na recepção era melhor. E também evitar mudanças. M6.

A primeira vez aqui é muito ruim, chegamos perdidas. Tem que ter pessoas boas para acolher. M8.

Em contrapartida, as declarações de satisfação não apenas descrevem o vínculo entre profissionais e usuárias do CRES, mas também o definem como o cuidado esperado e o acolhimento necessário durante o tratamento do HIV/AIDS.

Conversando com P6 sobre o cuidado na sua prática profissional, ele acredita que o cuidado é uma cascata em que há vários profissionais envolvidos e que é necessário o acolhimento, em especial, na sua prática profissional, em que se dedica integralmente aos seus pacientes. Seu entendimento é percebido pelas usuárias e existe um vínculo de preocupação, acolhimento e cuidado nessa relação:

Até com o uso dos remédios nos preocupamos por que é fundamental que haja entendimento para que o tratamento tenha resultado. Tentamos dirimir pequenas nuances junto à coordenação para que o paciente seja bem atendido. Quando o paciente chega para fazer um teste rápido é atendido pela enfermagem e a depender do resultado deve passar pelo psicólogo para ter esse suporte emocional e orientações sobre o tratamento e acompanhamento

no CRES. Isso porque, a aceitação do diagnóstico é o ponto chave e outros profissionais podem ajudá-lo a aceitar e entender o tratamento e a possibilidade de uma vida normal. P6.

Hoje estou tomando menos remédios, nem se compara com o início. Isso é muito bom. A equipe é boa, a médica é ótima. Espero que não saia... eu já chorei com a saída de um médico daqui. M6.

Ao valorizar o acolhimento como etapa essencial, o entrevistado P6 reconhece que a atenção ao uso da medicamentos também precisa de orientação e acompanhamento contínuo da equipe. Essa compreensão encontra respaldo nas falas das usuárias, que percebem no vínculo com o médico não apenas o aspecto técnico, mas também uma dimensão de confiança, acolhimento e humanização. O cuidado médico, portanto, é entendido como corresponsabilidade, em que a prescrição e o acompanhamento farmacológico articulam-se à escuta e ao diálogo interdisciplinar. Nesse sentido, Campos (2000) ressalta que a clínica ampliada requer a integração de saberes e práticas, de modo a contemplar as necessidades singulares dos sujeitos, especialmente em condições crônicas como o HIV/AIDS.

Além disso, o reconhecimento das usuárias quanto à boa relação estabelecida com o médico reafirma a relevância da construção de vínculos na adesão terapêutica, conforme destaca Seidl (2005), ao enfatizar que a confiança no profissional de saúde constitui fator determinante para a continuidade e a efetividade do tratamento.

Na opinião dos profissionais P1 e P5, o cuidado é entendido como uma ação constante, em que o paciente tem liberdade para desabafar e ser atendido por uma equipe multiprofissional. Alguns pacientes se sentem bem com essa oportunidade, já outras têm rejeição não específica ao psicólogo, mas à ideia de falar com outra pessoa sobre suas dores.

Aqui estamos cuidando o tempo todo, dentro das possibilidades, mas a equipe é muito boa e é ofertado um atendimento integral; interagimos em prol do melhor para quem está aqui em tratamento. Pensar no cuidado à mulher, ela precisa fazer uma revisão sobre tudo o que está construído na vida dela, a influência dos determinantes sociais no contexto e a capacidade dela ressignificar para se situar, da melhor forma, na realidade após o diagnóstico. P1.

E estou cuidando quando digo: pode chorar. Por que sei que só aqui ela pode e se eu disser, não chore não, ela não desabafa. O acolhimento para vincular (...). Quando tem um vínculo a adesão fica mais efetiva. Cada caso é um caso e até a ficha cair, gradativamente as pessoas passam por fases. Aqui elas encontram esse suporte. P5.

Não tive atendimento com Psicólogo e não tenho vontade por que eu não gosto de falar muito aí sei que não seria bom. M1.

Eu não gosto de atendimento com Psicólogo, não vai dar jeito no que sinto por dentro. E eu não quero falar das minhas dores, problemas. M5.

*Tive consulta com Psicólogo e me fez muito bem, ainda procuro ele. M8.
Fui atendida pelo Psicólogo no início e foi muito bom para mim, para eu entender e aceitar. Ter a responsabilidade do tratamento. M10.*

O cuidado, na perspectiva dos dois profissionais da equipe, é compreendido como uma ação contínua que possibilita ao paciente expressar sentimentos, elaborar suas vivências e compartilhar angústias. As falas destacam a importância do espaço terapêutico como lugar de escuta, acolhimento e legitimação do sofrimento, revelando que até gestos simples, como permitir o choro, são entendidos como práticas de cuidado. Entretanto, observa-se também a resistência de algumas usuárias ao atendimento psicológico, muitas vezes associada ao desconforto em compartilhar questões íntimas com “um estranho”, mesmo sendo ele um profissional. Sobre isso P5 disse:

Para a mulher a partir dos seus 50 anos assumir a sua sexualidade é complicado, pós menopausa, não menstrua, mas pode ter desejos e as vezes fica com receio de revelar seus desejos. Ser vítima é fácil, mas admitir suas mazelas, suas perversões, é difícil e sofre mais. Durante o atendimento elas choram muito por todas essas questões. E estou cuidando quando digo: pode chorar. P5

Sobre essa ambivalência demonstra que o cuidado psicológico, embora valorizado por alguns, enfrenta barreiras subjetivas, culturais e sociais. Nesse sentido, Seidl e Tróccoli (2006) enfatizam que a adesão ao tratamento em HIV/AIDS está intrinsecamente relacionada a fatores psicossociais, entre eles o suporte emocional, a percepção de estigma e a disponibilidade para estabelecer vínculos terapêuticos.

Vale ressaltar que o trabalho em equipe citado pelos profissionais reforça a ideia de que o cuidado integral não pode ser reduzido à dimensão biomédica, mas deve incluir o apoio emocional como parte do processo terapêutico (Ayres, 2004). Assim, a prática psicológica no CRES revela-se essencial para ampliar o olhar sobre o cuidado, mesmo diante de resistências, ao oferecer espaço de acolhimento e fortalecimento da subjetividade das mulheres vivendo com HIV.

Falando ainda sobre o cuidado, os profissionais da farmácia estabelecem a ponte entre o paciente e os medicamentos essenciais para o tratamento. Eles entendem o cuidado como orientação e bom tratamento aos pacientes. Na prática profissional, a atendente faz uma escuta qualificada, mantém bom vínculo com os pacientes e a farmacêutica, além de orientações,

também atualiza a equipe sobre as notas técnicas que devem ser cumpridas. Para M6, essa conversa é satisfatória.

Nós profissionais de saúde estamos cuidando o tempo todo e o paciente precisa entender o tratamento para ter uma boa adesão e boas respostas. O trabalho de liberação de medicamentos é feito através de sistema com muito cuidado para evitar erros, garantir o estoque e o acesso dos pacientes. E eles precisam de orientações sobre o uso e novas datas para retirada são formas de cuidar. Cada dúvida esclarecida no atendimento é um cuidado. [...] A vida do outro me importa. P3.

O cuidado é tratar bem, ouvir naquela hora e entender cada situação. Eles têm gratidão também, é bom ver isso neles. Eu gosto de trabalhar aqui e procuro dar o meu melhor. P4.

O atendimento da farmácia é ótimo, converso ali mesmo no balcão. Eles também acolhem, orientam e cuidam. M6

As falas dos profissionais evidenciam que o cuidado é entendido como atendimento humanizado, clareza nas informações e disponibilidade para ouvir, aspectos que repercutem positivamente na satisfação das usuárias, como se observa no depoimento de M6.

Essa perspectiva encontra respaldo em Nemes et al. (2009), que destacam que a adesão ao tratamento antirretroviral depende não apenas da disponibilidade de medicamentos, mas também da qualidade da interação entre usuários e profissionais de saúde. Schraiber (1997) acrescenta que o cuidado em saúde se constrói no encontro entre técnica e acolhimento, de modo que a comunicação eficaz e a postura empática são fundamentais para consolidar vínculos de confiança. Assim, a farmácia, ao atuar como espaço de orientação e acolhimento, contribui diretamente para a integralidade do cuidado e para a efetividade do tratamento.

Assim como a equipe da Farmácia tem o cuidado através da dispensação de medicamentos, P7 entende o cuidado como a percepção da dificuldade do paciente em comprar alimentos, assim como o encaminhamento dos pacientes para outros profissionais do CRES. Ela orienta que o foco não pode estar somente na cesta básica, mas também nos cuidados nutricionais.

Tento tirar deles a importância que dão à cesta básica, eu entendo que é importante na vida deles, mas tem outras informações nutricionais que são vitais também e eles não dão atenção. Ao perceber a dificuldade do paciente para comprar alimentos, eu já estou cuidando. E aqui eu acolho todos. [...] Faz parte do cuidado também um colega atender e indicar o atendimento do outro profissional. P7.

Sua prática demonstra a valorização do trabalho em equipe, ao reconhecer o encaminhamento a outros profissionais como parte constitutiva do cuidado integral. Essa perspectiva vai ao encontro de Guimarães et al. (2012), que destacam que a segurança alimentar e nutricional é componente essencial no tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS, influenciando diretamente na adesão e na eficácia da terapia antirretroviral. Do mesmo modo, Ayres et al. (2006) ressaltam que o cuidado deve ser entendido em sua dimensão ampliada, considerando não apenas a intervenção técnica, mas também as condições de vida e os determinantes sociais da saúde.

Sobre o entendimento do cuidado como ações que vão além da assistência médica, falou a equipe de enfermagem. Existe a compreensão de que a forma como atuam interfere na maneira como os pacientes lidam com o tratamento.

Cuidado vai além da injeção, medicação e vacinas. Eu converso muito com eles sobre a vida e cada um vive uma realidade. [...] O profissional tem que ser acessível para que o paciente tenha confiança e se sinta seguro, acolhido. Para que ele se sinta seguro para relatar algo muito particular. Muitas vezes eles só conversam aqui, então temos que dar esse espaço. P2.

O cuidado está na essência do enfermeiro. Dificilmente a gente cura, mas sempre trata e dá o suporte necessário, o conforto necessário através do conhecimento do apoio emocional, do bem estar dele através das orientações para que o paciente desenvolva o autocuidado e a responsabilidade no processo de tratamento. P8.

Estes profissionais praticam o cuidado com humanização. As falas da equipe de enfermagem revelam uma concepção ampliada do cuidado, entendido como prática que ultrapassa a dimensão biomédica e se estabelece como essência da profissão. Para esses profissionais, cuidar envolve acolhimento, escuta ativa, empatia e transmissão de informações claras, de modo a fortalecer a confiança e o vínculo com os pacientes.

Respeito, empatia, deixo eles bem à vontade. O acolhimento é fundamental. Eu explico o que estou fazendo, a importância da medicação e das vacinas. Trabalho dando possibilidades para que o tratamento seja garantido e também falo da responsabilidade de cada um com a sua própria vida e com a adesão e continuidade do tratamento. P2.

O cuidado é abstrato e está presente no meu fazer profissional de várias formas. Através do acolhimento, da escuta, da informação passada de forma clara. A partir do momento que ele compreende o diagnóstico, os riscos e possibilidades, então ele tem uma adesão melhor ao tratamento, aos medicamentos e se permita vincular com a unidade e com a equipe. Isso depende da forma de atender e manter o vínculo. P8.

O cuidado é percebido como um espaço de humanização, em que se oferece suporte não apenas físico, mas também emocional e psicológico, reconhecendo as singularidades de cada usuário. Essa perspectiva reforça a compreensão de que a enfermagem desempenha papel central na promoção do autocuidado e da adesão ao tratamento, ao orientar sobre a responsabilidade individual no enfrentamento do HIV/AIDS. Conforme Waldow (2001), o cuidado de enfermagem é um ato relacional que integra ciência, ética e sensibilidade, sendo fundamental para gerar confiança e acolhimento.

Pinho e Santos (2008) destacam que a prática de enfermagem no contexto do HIV/AIDS deve articular ações técnicas e educativas, possibilitando ao paciente compreender seu diagnóstico, reduzir medos e fortalecer a adesão terapêutica. Nesse sentido, observa-se que os profissionais do CRES reafirmam a importância da humanização como eixo estruturante do cuidado em saúde, construindo vínculos que contribuem para a continuidade e efetividade do tratamento.

Sobre o cuidado na prática profissional que busca monitorar o desenvolvimento do vírus no corpo humano e sua condição de indetectável, P9 entende que:

*O cuidado é o acolhimento que damos. Também a parte das orientações, por que o tratamento só vai ter bons resultados se a pessoa entender o que está acontecendo e a forma de tratamento. Estou cuidando também quando dou possibilidades ao paciente, por exemplo hoje, 03 não seriam atendidos, mas eu resolvo na hora, pego requisição depois. Também remarco com eles para uma próxima data e eu assumo isso. Não nego atendimento por que sei da importância desses exames na vida deles, aqui na unidade só eu faço, há 16 anos. **P9.***

Esse profissional tem uma função bastante delicada, pois seu contato é físico e invasivo com o paciente ao realizar as coletas para a realização de exames que causam tensão, todas as vezes que são realizados, contudo a prática desse profissional é alicerçada pela informação, pois é fator determinante para a continuidade do tratamento e a manutenção de uma vida saudável para as mulheres que vivem com HIV/AIDS.

*Principalmente a prática da informação sobre a prevenção e o objetivo no alcance da condição de indetectável. Bom demais para quem está em tratamento, ou seja, vida normal, claro que é uma doença que não tem cura, mas a pessoa tem uma vida normal e saudável o que é mais importante. Hoje em dia não é mais para morrer por ter HIV, pode sim morrer por outras doenças e no caso as pessoas que não seguem o tratamento corretamente. **P9.***

A postura do profissional de não negar atendimento e de flexibilizar procedimentos administrativos demonstra a valorização do vínculo e o compromisso ético com a continuidade do tratamento. Nesse contexto, o cuidado é compreendido como acolhimento, orientação e disponibilidade para atender às demandas, mesmo diante de imprevistos ou dificuldades. Além disso, a prática do cuidado nesse setor é alicerçada pela transmissão de informações claras sobre prevenção, adesão e alcance da condição indetectável, permitindo que as pacientes compreendam a relevância dos exames como parte do processo terapêutico.

Essa perspectiva está em consonância com Ayres (2004), que entende o cuidado como uma prática relacional e intersubjetiva, e com Nemes et al. (2009), que destacam a centralidade da informação e do vínculo no êxito da adesão ao tratamento antirretroviral. Assim, a atuação do profissional de análises clínicas, ainda que tecnicamente específica, contribui de forma decisiva para a integralidade do cuidado, unindo a dimensão técnica à humanização e ao suporte educativo.

Ainda que alguns profissionais não tenham sido mencionados especificamente nas respostas das mulheres que vivem com HIV/AIDS, todos eles fazem parte da equipe do CRES que foram muito bem avaliados, sendo descrito, portanto, a existência de vínculo entre eles.

4.3 QUALIFICAÇÃO DAS PRÁTICAS DE CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS

No processo de identificação das estratégias possíveis para qualificar as práticas de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS a serem realizadas pelos profissionais do CRES, foram realizadas perguntas aos dois grupos e ambos revelaram insatisfações que prejudicam o atendimento ao público.

Para as mulheres que vivem com o vírus, foi questionado: Pergunta 5. Pensando no cuidado, o que você acrescentaria nas ações da equipe? As respostas foram tabuladas no quadro 8 e trouxeram informações das insatisfações com o serviço prestado.

Quadro 8 – Insatisfações das usuárias do CRES. Camaçari-Ba / 2026.

MULHERES	SUGESTÕES
M1	A equipe é boa. Localização ruim - sem opções de transporte e marcação presencial.
M2	Atestado não deveria ter a sigla. Profissionais acolhedores.
M3	Equipe boa, mas deveria ter mais acolhimento (recepção)
M4	Tudo ótimo
M5	Tudo bom
M6	Tudo bom, mas a mudança de profissionais deveria ser menor.

M7	Atendimento é bom, mas a estrutura do prédio não: escadas e pouco espaço
M8	Localização ruim – gasto maior. Tudo aqui funciona bem.
M9	Deveria ter mais acolhimento (recepção)
M10	Tudo ótimo com os profissionais, mas quanto mais acolhimento, melhor para todos.
M11	Localização ruim – mais acolhimento (recepção)
M12	Mais acolhimento. Profissionais bons.
M13	Tudo ótimo

Fonte: Autoria própria.

A identificação das estratégias para qualificação das práticas de cuidado no CRES evidencia a percepção positiva do vínculo com os profissionais, já que estes foram bem conceituados por todas. Portanto, as mulheres que vivem com HIV/AIDS apontam insatisfações que comprometem a integralidade do atendimento.

Nas respostas sobre o que acrescentaria nas ações das equipes, a maioria não citou, demonstrando que a equipe do CRES atende às expectativas. Inclusive todas falaram que só entenderam sobre o diagnóstico e possibilidades quando lá foram atendidas, dando ênfase à importância da orientação o que pode acontecer também através de palestras e salas de espera.

Os principais pontos destacados foram a necessidade de maior acolhimento pela recepção, ressaltando muita demanda e poucos profissionais, além da localização da unidade, considerada ruim por algumas usuárias, porque gera gastos maiores, dificuldades de transporte e barreiras de acesso.

Foram, ainda, mencionadas críticas à estrutura física (escadas e pouco espaço), à marcação de exames restrita ao atendimento presencial e a sigla do CRES presente nos atestados. Em contrapartida, todas as mulheres reconhecem que o serviço prestado pela equipe é muito bom e que os profissionais são acolhedores, mantendo um vínculo necessário para a continuidade do tratamento. Essa ambivalência revela que o cuidado não se restringe às relações interpessoais, mas também depende de condições estruturais, organizacionais e de acesso que sustentam a qualidade da assistência.

Com base nas insatisfações apontadas pelas usuárias, algumas estratégias podem ser delineadas para aprimorar a qualidade da atenção oferecida pelo CRES:

Quadro 9 – Estratégias para qualificar as práticas de cuidado no CRES. Camaçari-Ba / 2026.

Problema identificado	Estratégias propostas
Localização e estrutura física da unidade	- Avaliar possibilidade de mudança para área mais central e de fácil acesso: ambientes mais acolhedores e acessibilidade. - Implantar plano de manutenção preventiva. - Promover reorganização dos fluxos de trabalho.

Marcação de exames restrita ao atendimento presencial	- Implantar sistemas digitais de agendamento (telefone, aplicativo, site). - Criar linha telefônica exclusiva para marcação de exames.
Qualidade do atendimento em setores específicos (recepção)	- Realizar capacitações periódicas em acolhimento e comunicação empática. - Implantar estratégias de educação permanente em saúde, com foco em humanização e integralidade. - Criar sistema de avaliação do atendimento pelas usuárias (pesquisas de satisfação). - Estabelecer protocolos de acolhimento multiprofissional, integrando recepção às demais áreas.

Fonte: Autoria própria.

Essas estratégias, quando articuladas, favorecem a construção de um cuidado mais acessível, humanizado e integral, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e com a necessidade de garantir às mulheres que vivem com HIV/AIDS condições dignas e efetivas para o enfrentamento da necessidade individual de cada uma e satisfação de todas.

Nesse sentido, Cecílio (2009) destaca que a integralidade do cuidado envolve tanto dimensões subjetivas — como acolhimento e vínculo — quanto objetivas, ligadas à organização dos serviços e às condições materiais de atendimento. Do mesmo modo, Starfield (2002) ressalta que o acesso geográfico, a resolutividade e a coordenação do cuidado são determinantes para a efetividade dos serviços de saúde. Assim, as insatisfações das usuárias apontam para a necessidade de avanços não apenas no campo relacional, mas também na gestão e na infraestrutura do CRES, de modo a garantir maior equidade e efetividade no cuidado às mulheres vivendo com HIV/AIDS.

Para os profissionais do CRES foi questionado (Pergunta 4): Quais os pontos positivos e negativos durante a prática do cuidado? As respostas são apresentadas no quadro 10.

Quadro 10 – Pontos positivos e negativos da prática dos profissionais do CRES. Camaçari-Ba / 2026.

Profissionais	Positivo	Negativo
P1	Crescimento pessoal e profissional Interesse pela temática Trabalhar com a parte educativa	Falta de recursos (dificuldades com o serviço público) Estrutura do prédio. Falta de sigilo na recepção.
P2	Equipe multidisciplinar Adesão dos pacientes ao tratamento	Falta de recursos materiais Falta de sigilo no atendimento (estrutura da recepção)
P3	Trabalho em conformidade no setor Trabalho integrado com profissionais	Equipe insuficiente Falta de treinamento para profissional novo

P4	Chance de melhorar a vida das pessoas Equipe multidisciplinar	Equipe insuficiente, estrutura física (prejudica o acesso)
P5	Capacidade de perceber o outro Equipe multidisciplinar	Falta da integralidade do cuidado por parte do paciente
P6	Acolhimento/cuidado Equipe multidisciplinar (Cascata do cuidado).	Localização, falta da sala de espera, exames laboratoriais insuficientes, falta de regulador no CRES.
P7	Pacientes tem bom acesso à equipe Equipe multidisciplinar/Interação	Exames laboratoriais insuficientes Localização.
P8	Equipe multidisciplinar Possibilidade de orientação e informação Atendimento com empatia	Localização e estrutura física do CRES
P9	Equipe multidisciplinar/Acolhimento Falar da prevenção Cuidado com a vida do outro	Rotatividade de profissionais, localização e estrutura física. Regulador no CRES.

Fonte: Autoria própria.

A percepção e o entendimento dos profissionais do CRES sobre sua prática de cuidado revelam uma valorização significativa da equipe multidisciplinar e do trabalho em conjunto, considerado fator positivo central para o desenvolvimento pessoal, a adesão ao tratamento e a qualidade do atendimento. Essa valorização reflete a compreensão de que o cuidado integral depende da articulação entre diferentes saberes e competências, corroborando a literatura que aponta a interdisciplinaridade como eixo estruturante da atenção a pessoas vivendo com HIV/AIDS (Campos, 2000; Ayres, 2004).

Entretanto, os profissionais também identificam limitações estruturais e organizacionais, incluindo localização da unidade, espaço físico inadequado, recursos materiais insuficientes, exames laboratoriais limitados, falta de sigilo em alguns atendimentos e rotatividade de pessoal. Esses fatores são percebidos como barreiras que impactam a efetividade do cuidado e a integralidade do atendimento. Essa constatação confirma a importância de considerar não apenas os aspectos relacionais e técnicos do cuidado, mas também os determinantes estruturais e organizacionais, que interferem diretamente na qualidade da atenção (Starfield, 2002; Cecílio, 2009).

Dessa forma, o olhar dos profissionais evidencia que, apesar do empenho e da percepção de práticas positivas no trabalho em equipe, há desafios concretos que precisam ser superados para garantir que o cuidado oferecido seja realmente integral, contínuo e acessível, reforçando a necessidade de políticas e estratégias que abordem tanto o vínculo e a humanização quanto a infraestrutura e a organização do serviço.

O quadro 11 faz a integração dos problemas percebidos pelas mulheres usuárias e pelos profissionais, bem como as estratégias de melhoria para cada um deles. Os dados mostram a

convergência em vários pontos (como localização e estrutura física) e também diferenças (como a marcação de exames e a rotatividade de pessoal).

Quadro 11 – Estratégias finais para qualificar as práticas de cuidado no CRES. Camaçari-Ba / 2026.

Problema identificado	Estratégias propostas
Localização da unidade (usuárias e profissionais)	- Estudar viabilidade de mudança para uma área mais central e de fácil acesso. - Articular com o poder público a criação de linhas de transporte específicas ou parcerias comunitárias.
Estrutura física inadequada (usuárias e profissionais)	- Realizar reformas para adequação do espaço: acessibilidade, ampliação de salas, ambientes acolhedores e sigilosos. - Criar fluxos organizados de atendimento que evitem aglomerações e exposição.
Recursos materiais insuficientes (profissionais)	- Implantar plano de gestão de insumos com monitoramento de estoque. - Formalizar solicitações regulares à gestão municipal/estadual. - Estabelecer parcerias com instituições e ONGs de apoio.
Exames laboratoriais limitados (profissionais)	- Ampliar convênios com laboratórios de referência. - Solicitar aquisição de novos equipamentos e insumos. - Implantar protocolos de priorização e agilizar encaminhamentos externos.
Marcação de exames restrita ao atendimento presencial (usuárias)	- Implantar sistema digital de agendamento (telefone, site, aplicativo). - Disponibilizar linha telefônica exclusiva para marcação. - Estabelecer protocolos flexíveis de remarcação.
Falta de sigilo em alguns atendimentos (profissionais)	- Readequar espaços para maior privacidade. - Promover capacitações sobre ética e confidencialidade. - Estruturar fluxos que evitem exposição das usuárias.
Rotatividade de pessoal (profissionais)	- Implementar políticas de valorização e fixação profissional (planos de carreira, incentivos). - Estabelecer programas de educação permanente para integração de novos membros. - Favorecer vínculos estáveis por meio de contratos duradouros.
Qualidade do atendimento em setores específicos (recepção)/ (usuárias)	- Realizar capacitações periódicas em acolhimento, comunicação empática e integralidade. - Criar sistema de avaliação contínua das usuárias (pesquisas de satisfação). - Fortalecer protocolos multiprofissionais de acolhimento.
Necessidade de maior acolhimento (usuárias)	- Ampliar escuta qualificada e humanização no atendimento. - Promover grupos de mulheres e rodas de conversa. - Estimular práticas integradas de cuidado envolvendo diferentes áreas (realização de salas de espera).

Fonte: Autoria própria.

As estratégias propostas buscam superar essas limitações por meio da melhoria da infraestrutura, da ampliação dos recursos materiais e laboratoriais, da qualificação contínua da equipe e da valorização dos vínculos profissionais. Além disso, o fortalecimento das práticas

de humanização, da escuta qualificada e da comunicação empática contribuem para a construção de um ambiente de confiança e corresponsabilidade no tratamento. Nesse sentido, investir na valorização da equipe multiprofissional oferecendo também um ambiente acolhedor para todos, é fundamental para assegurar um cuidado efetivo, integral e humanizado às mulheres que vivem com HIV/AIDS.

Concluindo, “é no lugar do encontro entre os trabalhadores dos serviços e os usuários, onde está a riqueza e a intensa atividade de cuidado” (Franco; Hubner, 2019).

5 CONCLUSÃO

O HIV/AIDS representa um desafio significativo na área da saúde pública marcado por estigmas e desigualdades, especialmente quando se trata de mulheres vivendo com o vírus. Essa realidade é agravante, pois elas enfrentam não apenas os impactos físicos da doença, mas também barreiras sociais, emocionais e, muitas vezes, a falta de acesso a tratamentos adequados.

Nessa perspectiva, o cuidar dessas mulheres vai além do acompanhamento médico, exige acolhimento, respeito às suas singularidades e um olhar atento às suas vulnerabilidades que são ampliadas pelo gênero. Logo, garantir seu bem-estar integral é um passo fundamental na luta por uma sociedade mais justa e saudável.

A pesquisa alcançou o objetivo geral, visto que analisou a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari. A realização das entrevistas permitiu às mulheres que vivem com o vírus repensarem sobre a importância do cuidado, tanto do autocuidado como da aceitação da rede de apoio e dos profissionais. Assim como, oportunizou aos profissionais de saúde refletirem a respeito de suas práticas de cuidado, possibilitando sugestões de intervenções com práticas mais acolhedoras e novos estudos a respeito dessa temática.

Na primeira seção dos resultados e discussões, a partir das respostas das mulheres participantes da pesquisa, foi possível verificar os efeitos do estigma e da discriminação sofridos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS desde o diagnóstico até o tratamento. Elas informaram que enfrentam barreiras adicionais no mercado de trabalho e na sociedade, sofrendo preconceito devido à estigmatização da doença. Todavia, isso não impediu que elas continuassem suas vidas, estabelecendo novas relações afetivas, da mesma forma que as preocupações com o futuro passaram a diminuir com a realização do tratamento e estarem indetectáveis, tornando, portanto, o viver com HIV/AIDS em um grande aprendizado.

Os efeitos da estigmatização e da discriminação também estão conectados ao sofrimento no momento do diagnóstico da doença, em que elas descobrem a forma de contaminação e os relatos produzidos pela maioria dessas mulheres revelaram que foi através do parceiro fixo (marido ou ex-marido). Essas informações ratificam a vulnerabilidade a que as mulheres estão submetidas, pois elas parecem sentir-se seguras quanto ao não uso de preservativos quando se encontram em relacionamentos afetivos estáveis, refletindo o perigo do amor romantizado.

Como forma de enfrentamento aos estigmas e à discriminação existentes na vivência com o HIV, as mulheres revelaram a contribuição de sua rede de apoio constituída por poucos membros da família e laços afetivos: mãe, marido, filho(a), irmã, amigo, porém, dando mais ênfase a Deus e à equipe do CRES. O cuidado foi percebido nas falas delas através do apoio emocional, proteção de Deus, autocuidado, carinho e amor, portanto, as mulheres fazem seleção de pessoas para confidenciar, como uma forma de autoproteção de julgamentos, além da importância que elas devem dar à capacidade do autocuidado.

Na segunda seção dos resultados e discussões, buscou-se verificar a vinculação entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS e os profissionais do CRES. Em um aspecto geral, os relatos apresentados pelas mulheres confirmaram a existência de vínculo com os profissionais, o que demonstra uma percepção positiva do cuidado e acolhimento ofertados, além do atendimento integral e humanizado. As falas destacaram sentimentos de acolhimento, empatia, profissionalismo e confiança nas orientações/informações sobre a doença as quais representam um novo olhar sobre “viver com HIV”, a capacidade de ressignificar e ter uma vida normal. Os relatos demonstram que as práticas de saúde transcendem o caráter técnico e dependem da interação e conexão entre os Atores em todas as dimensões.

Nas falas dos profissionais, esse vínculo foi descrito como atenção, escuta, acolhimento, suporte emocional, acompanhamento contínuo e respeito, revelando que gestos simples, como um olhar atento ou a disposição em ouvir, são significados como formas de cuidado e humanização do serviço. Essa compreensão encontrou respaldo nas falas das usuárias, que percebem o vínculo com os profissionais, desempenhando, portanto, função importante na promoção do autocuidado e na adesão ao tratamento, ao orientar sobre a responsabilidade individual no enfrentamento ao HIV/AIDS.

A terceira seção dos resultados identificou estratégias possíveis para qualificar as práticas de cuidado às mulheres a serem realizadas pelos profissionais do CRES a partir da análise de suas insatisfações com o serviço prestado. Verificou-se que elas responderam sobre a percepção positiva do acolhimento e do vínculo com os profissionais, sem acrescentar nada sobre a atuação da equipe (demonstrando satisfação), porém, ressaltando a necessidade de mais

acolhimento e profissionais na recepção para garantir a integralidade do cuidado e qualidade no atendimento. Como em segundo plano, as mulheres entrevistadas apontaram insatisfações com a localização e estrutura física da unidade.

Para as mulheres, ficou evidente que o cuidado está presente nas relações interpessoais, mas também depende de condições estruturais, organizacionais e de acesso que sustentam a qualidade da assistência. Para os profissionais do CRES, a prática de cuidado é percebida e entendida no trabalho em conjunto com a equipe multidisciplinar, considerada como fator positivo central para o desenvolvimento pessoal e profissional, a adesão ao tratamento e a qualidade do atendimento.

Como resultado prático desse estudo foi elaborada uma cartilha contendo temas para salas de espera e outras atividades interativas, troca de experiências/vivências e informações com as mulheres a qual será apresentada à equipe do CRES. Os temas sugeridos foram extraídos das entrevistas realizadas tanto com as mulheres como os profissionais considerando a importância da informação e vinculação entre esses grupos. Também como produto técnico consta o artigo científico intitulado: O Cuidado às Mulheres que vivem com HIV/AIDS: desafios e possibilidades.

Embora existam muitos aspectos que necessitam de atenção e renovação por parte da gestão, vale destacar a potencialidade, profissionalismo e dedicação da equipe do CRES para atender às necessidades da população chave pesquisada no município de Camaçari.

Assim, diante tudo que foi exposto, a pesquisa apresenta sugestões de melhorias para que as mulheres atendidas no CRES tenham o direito à saúde integral a partir de novas práticas, atendimento acolhedor, à escuta sensível e que os profissionais tenham êxito nas ações realizadas. Desta forma, é viável promover a qualidade de vida das mulheres, evitar novas infecções e, em última instância, erradicar o HIV/AIDS como um problema de saúde pública até 2030 (meta do UNAIDS).

O resultado dessa pesquisa será encaminhado aos órgãos governamentais responsáveis para que sejam efetivadas melhores condições de atendimento e novas práticas profissionais alcancem as mulheres que vivem com HIV/AIDS, também inspirando novos estudos em outros contextos sociais.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, G. S. C.; SILVA, M. J. S. Sobre a saúde, os determinantes da saúde e a determinação social da saúde. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 38, n. 103, p. 953-965, Out-Dez 2014.

ANDRADE, E. O.; GIVIGI, L. R. P.; ABRAHÃO, A. L. A ética do cuidado de si como criação de possíveis no trabalho em Saúde. **Interface**. v. 22, n. 64, jan./mar., 2018.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.8, n.14, p.73-92, set.2003-fev.2004.

AYRES, J. R. C. M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**, v. 1, p. 121-143, 2006.

AZEVEDO, G. R, Santos VLCG. Cuida-dor (D) eficiente: As representações sociais de familiares acerca do processo de cuidar. **Rev Latino-am Enfermagem** 2006; 14(5):770-780.

BAHIA, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde (SUVISA). Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB). Bahia, nº01, Dez 2025. Disponível em: https://www.saude.ba.gov.br/wpcontent/uploads/2017/11/Boletim_HIV.AIDS_No01_2025

BASTOS, F. I. **A feminização da epidemia de aids no Brasil**: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids; 2001. (Coleção ABIA: Saúde Sexual e Reprodutiva, 3).

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2016.

BOTTI, L. M.; LEITE, B. G.; PRADO, F. M.; WADMAN, P. A. M.; MARCON, S. S. Convivência e percepção do cuidado familiar ao portador de HIV/AIDS. **Rev. enferm. UERJ** 2009; 17 (3):400-405.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. 2021.

BRASIL. **Lei nº 9313/96**. Lei para distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022a.

BRASIL. **Lei nº 14.874 de 28 de maio de 2024**. Dispõe sobre a pesquisa com seres humanos e institui o Sistema Nacional de Ética em Pesquisa com Seres Humanos. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 29 de maio de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História da AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.709/2018**. Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGPD). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 ago, 2020.

BRASIL. **Lei nº 14.289, de 3 de janeiro de 2022.** Torna obrigatória a preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV) e de pessoa com hanseníase e com tuberculose, nos casos que estabelece; e altera a Lei nº 6.259, de 30 de outubro de 1975. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 04 jan 2022b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos Módulo 1: Tratamento /** Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Complexo da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. – Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual do cuidado contínuo das pessoas vivendo com HIV/Aids. Brasília: Ministério da Saúde. 2023.

BRONFENBRENNER, U. A. **Ecologia do Desenvolvimento Humano:** Experimentos Naturais e Planejados Porto Alegre, Artes Médicas. 1996

CACHAY, E. R. **Tratamento antirretroviral da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV).** Manual MSD Versão Saúde da Família. Merck & Co., Inc., Rahway, NJ, EUA, 2025.

CAMPANY, Luciana Narciso da Silva; AMARAL, Daniela Murta; SANTOS, Roberta Nascimento de Oliveira Lemos dos. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise, **Revista Bioética.** vol.29 no.2 Brasília Abr./Jun. 2021.

CAMPOS, D. M.; SILVA, T. R. DE S.; FREITAS, A. C. DE . Estigmatização do HIV nas relações de trabalho em Imperatriz, Maranhão, Brasil: barreiras, perdas e silêncio. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 48, p. e6, 2023.

CAMPOS, G. W. S. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 219-230, 2000.

CARMO, R. F. et al. Reconectando vidas: práticas de cuidado em saúde sob o olhar de Pessoas Vivendo com HIV/Aids. **Saúde em Debate**, v. 46, n. 135, p. 1107–1122, out. 2022.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Caderno Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro. v. 19, n. 2, abr. 2011.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface -Comunicação, Saúde, Educação**, v. 15, n. 37, p. 589–599, abr. 2011.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: IMS/UERJ, CEPESC, ABRASCO, 2009. p. 117-130.

CEZAR, V.M.; DRAGANOV, P.B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Ensaio e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde** [en linea]. 2014, 18(3), 151-156[fecha de Consulta 30 de setembro de 2024]. ISSN: 1415-6938. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26042165006>

DEMO, Pedro. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000.

FACHIN, O. **Fundamentos de Metodologia**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2003.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun. 1999.

FRANCO, T. B.; HUBNER, L. C. M.. Clínica, cuidado e subjetividade: afinal, de que cuidado estamos falando?. **Saúde em Debate**, v. 43, n. spe6, p. 93–103, 2019.

FRANCO, T. B. **O que é Micropolítica**: discutindo a saúde, 2015. 1 vídeo (14 min e 55 seg). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=pHieoppPwCw>. Acesso em 08 de fevereiro de 2021.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

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

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Aids**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/aids>. Acesso em: 13 ago. 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **A epidemia através do tempo**. Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://agencia.fiocruz.br/aids>. Acesso em: 13 ago. 2025.

GARCIA, Sandra; SOUZA, Fabiana Mendes de. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde Soc.** São Paulo, v.19, supl.2, p.9-20, 2010.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOFFMAN E. Estigma. **Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC; 2021.

GOMES, A. M. T.; SILVA, E. M. P.; OLIVEIRA, D. C. Representações sociais da AIDS e suas interfaces cotidianas para pessoas vivendo com HIV. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 485–492, maio 2011.

GONSALVES, E. P. **Iniciação à pesquisa científica**. Campinas, SP. Alínea, 2001.

KNAUTH, D. R.; VICTORA, C. G.; LEAL, O. F. A banalização da AIDS. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 4, n. 9, p. 171-202, out. 1998.

GUIMARÃES, R. et al. Desafios do HIV em mulheres jovens no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, 2016.

GUIMARÃES, M. D. C. et al. A alimentação e nutrição no contexto da AIDS: fatores associados à insegurança alimentar e nutricional entre pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1166-1176, 2012.

LAKATOS, E.M; MARCONI, M.A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Atlas, 2017.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 2008. p. 1333-1358.

LEMESSURIER, J. et al. **Risk of sexual transmission of human immunodeficiency virus with antiretroviral therapy, suppressed viral load and condom use: A systematic review**. **CMAJ**, v. 190, n. 46, 2018.

LOBO, A. S. A revelação do diagnóstico de HIV/Aids e seus impactos psicossociais. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, 9(2), 174-189. doi: 10.17267/2317-3394rpds.v9i2.2833. 2020.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M.C.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?. **Caderno de Saúde Pública**. v. 9, n. 3, p.239-262, 1993.

MINAYO, M. C. de S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(3), 621-626. 2012.

MUNIZ, Carolina Gonçalves; BRITO, Cláudia. O que representa o diagnóstico de HIV/Aids após quatro décadas de epidemia? **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v. 46, n. 135, p. 1093-1106, out-dez 2022

NEMES, M. I. B. et al. Avaliação da adesão ao tratamento por anti-retrovirais em usuários de serviços públicos de saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. S36-S48, 2009.

NOGUEIRA, F. J. de S.; SARAIVA, A. K. M.; RIBEIRO, M. da S.; FREITAS, N. M. de; CALLOU FILHO, C. R.; MESQUITA, C. A. M. (2018). Prevenção, risco e desejo: estudo acerca do não uso de preservativos. **Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde**, 31(1). 2018.

OLIVEIRA, M. M. D.; JUNQUEIRA, T. L. S. Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, 28(3): e61140. 2020.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **HIV/aids**. [S. l.], 2024. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/hiv-aids>. Acesso em: 13 ago. 2025.

PAIVA, V. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/aids em São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, 2002.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination. **Social Science & Medicine**, 2003.

PEREIRA, C. R. et al. Estratégia de linkagem e vulnerabilidades nas barreiras ao tratamento de HIV/Aids para homens que fazem sexo com homens. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1535–1546, abr. 2022.

PINHO, C. M.; SANTOS, I. M. Adesão ao tratamento antirretroviral: a importância do cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 6, p. 777-782, 2008.

SANTOS, N. J. S. et al. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. 321-333, 2009.

SANTANA, V.S.; CASTILHO, E.A. Ética na pesquisa e práticas epidemiológicas. In: ALMEIDA-FILHO, N., BARRETO, M. **Epidemiologia e Saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2011, Cap. 7, p. 65-73.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho**: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1997.

SEIDL, E. M. F. Enfrentamento, aspectos psicossociais e adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 2, p. 188-195, 2005.

SEIDL, E. M. F.; TRÓCCOLI, B. T. Influência de variáveis psicossociais sobre a adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 153-162, 2006.

SENHEM, G. D.; BARRETO, C. N.; RIBEIRO, A. C.; COGO., S. B.; BADKE, M. R.; COSTA, K. C.; BARBOSA, S. C.; MONTEIRO, A. S.; BUHRING, J. M. K. Prevalência de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS no Brasil: um estudo retrospectivo de 2010 a 2019. **Scopel, Research, Society and Development**, v. 9, n. 9, e96996749, 2020 (CC BY 4.0) | ISSN 2525-3409 | DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v9i9.6749> 1.

SILVA, C.M.; OLIVEIRA, V.S. Social interaction of women exposed to HIV/AIDS. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/hyhxDv5CBxCQskG8zHJmDvv/?lang=pt>. Acesso: ago. 2025.

SILVA E TAVARES. Leonara Maria Souza da Silva 1
Jeane Saskya Campos Tavares. **A família como rede de apoio às pessoas que vivem com HIV/AIDS: uma revisão na literatura brasileira. Ciência & Saúde Coletiva**, 20(4):1109-1. 2013

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TACQUETTE, S. R. et al. Interseccionalidade e HIV em mulheres negras. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2020.

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

UNAIDS. **A urgência do agora**: a AIDS frente a uma encruzilhada. Genebra: UNAIDS, 2024.

UNAIDS Brasil. Estatísticas. Disponível em: <https://unaids.org.br/estatisticas>. Acesso: ago. 2025.

VALLE, C. G. Identidades, doença e organização social: um estudo das "pessoas vivendo com HIV e AIDS". **Horiz Antropol.** 2002;8(17):179-210.

VERDI, M., & CAPONI, S. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enfermagem**, 14(1). 2005.

VILLARINHO, M. V. et al. Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, p. 271– 277, mar. 2013.

VILLELA, Wilza Vieira; BARBOSA, Regina Maria. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva** 22(1):87-96, 2017.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Nós convidamos você a participar do estudo intitulado “O cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS em um município da região metropolitana de Salvador”. Trata-se de uma pesquisa do Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana. Esse estudo tem como pesquisadora responsável a Mestranda Daniela Maria Bastos Nunes e Orientadora Profa. Dra Dayliz Quinto Pereira. Essa pesquisa faz parte do projeto guarda-chuva de autoria do Professor Dr. Márcio Costa de Souza denominado “Produção do cuidado a pessoas que vivem com HIV/AIDS: caminhos, trilhas e afecções”.

O objetivo principal da pesquisa é analisar a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari. O participante da pesquisa não terá nenhuma despesa material e/ou financeira, bem como terá seu nome/identidade mantido em total segredo tanto pelo pesquisador, quanto pelo colaborador e instituição responsável pela pesquisa, o que garante a privacidade dos mesmos. Será ainda garantido respeito à integridade física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em toda a fase da pesquisa. Podemos ainda afirmar que, os possíveis riscos desta pesquisa estão relacionados ao constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas na entrevista que poderá ser realizada com o auxílio do gravador, desde quando o entrevistado concorde, em no máximo duas horas. Caso haja algum constrangimento durante a entrevista, em qualquer momento, o participante pode pedir para não participar e será respeitada a vontade. No que se refere aos benefícios, eles são diretos aos participantes da pesquisa, assim como aos trabalhadores e usuários do Sistema de saúde. Portanto, o pesquisador responsável estará obrigado a suspender a pesquisa imediatamente ao perceber algum risco ou danos à saúde

do sujeito participante. Esclarecemos que em qualquer momento o (a) entrevistado (a) poderá obter maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, assim como, todos os procedimentos utilizados através do e-mail ou telefone da responsável pela pesquisa, bem como da Orientadora da pesquisa (dayliz@uefs.br) ou contato com o pesquisador e Coordenador do Mestrado Prof. Dr Márcio Costa de Souza (mcsouza@uefs.br). A pesquisadora só deverá divulgar os resultados da pesquisa em eventos como: congressos, simpósios, seminários e publicação dos resultados em periódicos, revistas científicas, livros, artigos, entre outros. Informamos que o entrevistado (a) tem o direito e a liberdade de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa sem prejuízo para o mesmo se assim o desejar. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de dúvidas ou desistência em participar da pesquisa, o (a) entrevistado (a) pode entrar em contato com o pesquisador responsável.

Camaçari, _____ de _____ de _____ .

Assinatura do entrevistado

Daniela Maria Bastos Nunes
Pesquisadora Responsável
Tel: 71 99983-7382
danielabastosnunes01@gmail.com

Contato CEP UNEB: (71)3198-5856
cepuneb@uneb.br/www.cep.uneb.br

APÊNDICE B - Termo de Compromisso para Utilização de Dados

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA
TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE DADOS**

A pesquisadora do projeto de pesquisa intitulado **“O cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS em um município da região metropolitana de Salvador”** compromete-se a preservar a privacidade de todos os dados gerados a partir desta pesquisa, concorda e assume a responsabilidade de que estas informações obtidas, por ocasião deste projeto, serão guardadas em completo sigilo acerca dos participantes, com todos os dados tratados de forma anônima, e que os mesmos serão utilizados única e exclusivamente para execução do presente projeto.

Saliento, outrossim, estar ciente dos preceitos éticos da pesquisa pautados na Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Camaçari, ____ de _____ de _____

Daniela Maria Bastos Nunes (Pesquisadora)

APÊNDICE C - Roteiro das entrevistas

Perguntas norteadoras para entrevista (Usuária)

Data: Hora:

Identificação da entrevistada:

Qual a sua idade Escolaridade

Situação conjugal Religião

Ocupação Raça/Cor

Renda

Moradia

Composição familiar

1. Há quanto tempo você está em tratamento? Quem compõe a sua rede de apoio? 2. Como você percebe o cuidado da sua rede de apoio?
3. Como você sente a doença na sua vida? E quais os obstáculos enfrentados? 4. O que você entende sobre o CUIDADO e como você percebe o cuidado dos profissionais do CRES? Você se sente acolhida pelos profissionais?
5. Pensando no cuidado, o que você acrescentaria nas ações da equipe?

Perguntas norteadoras para entrevista (Profissional)

Identificação do entrevistado:

Qual a sua idade Religião

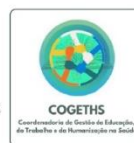
Escolaridade

- Função no CRES Há quanto tempo? 2. Descreva a sua atuação profissional com pessoas que vivem com HIV/AIDS? 3. Como você entende o CUIDADO?
4. E como você percebe a prática do cuidado?
5. Quais os pontos positivos e negativos durante a prática do cuidado?

ANEXO A – Documentos da pesquisa



Prefeitura Municipal de Camaçari
Secretaria de Saúde de Camaçari - Bahia
Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS
Coordenadoria de Educação, Trabalho e Humanização em Saúde I COGETHS



DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA

Declaramos estar cientes e de acordo com a realização da pesquisa intitulada **“O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO INTERIOR DA BAHIA**, que será desenvolvido por DANIELA MARIA BASTOS NUNES sob responsabilidade da pesquisadora Prof. Dra Dayliz Quinto Pereira, da UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA - UEFS, o qual possui a infraestrutura necessária e apta ao desenvolvimento da pesquisa e para atender eventuais problemas dela resultantes.

A proposta apresentada, visa analisar a percepção do cuidado em saúde das mulheres que vivem com HIV/AIDS e dos profissionais do CRES/Camaçari, mapeando estratégias possíveis para a qualificação do cuidado. Inicialmente será realizada análise dos documentos oficiais e legislação. No trabalho de campo está prevista uma entrevista com mulheres com idade entre 30 a 50 anos e com profissionais da unidade. Após a realização das entrevistas será realizada análise qualitativa. As questões éticas do presente estudo seguem a normativa envolvendo pesquisa com seres humanos. Dentre os benefícios desta pesquisa, teremos a possibilidade de novas práticas do cuidado e momentos de reflexão com a equipe do CRES.

A coleta de dados se dará após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) conforme as normas das Resoluções 466/12 e 510/16 do Conselho Nacional de Saúde que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Solicita se que, ao concluir o estudo, o pesquisador responsável apresente o relatório final da pesquisa para os gestores e interessados onde se desenvolveu o estudo.

Camaçari - BA, 09 de abril de 2025

Documento assinado digitalmente
gov.br THAYLANE COUTINHO DOS SANTOS CARNEIRO
Data: 10/04/2025 10:28:26 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Thaylane Coutinho
Coordenadora COGETHS
Matrícula: 838313

Documento assinado digitalmente
gov.br AMANDA FERNANDES MAIA GUIMARAES
Data: 09/04/2025 15:26:33 -0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Amanda Guimarães
Técnica I COGETHS
Matrícula: 829689



Prefeitura Municipal de Camaçari
Secretaria de Saúde de Camaçari - Bahia
Diretoria de Planejamento, Monitoramento e Avaliação do SUS
Coordenadoria de Educação, Trabalho e Humanização em Saúde I COGETHS



CI N. 040.2025/DIPLAN/COGETHS/SESAU

Camaçari, 30 de Abril de 2025.

Para: Sueli França
CRES - Centro de Referência e Especialidades em Saúde

C/C: Rucelly Finamori
Diretora

Assunto: Encaminhamento para a coleta de dados de pesquisa

Apresentamos a V.S^a, **Daniela Maria Bastos Nunes**, mestranda do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado: "O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS NO INTERIOR DA BAHIA". O objetivo do estudo é analisar a percepção do cuidado em saúde das mulheres que vivem com HIV/AIDS e dos profissionais do CRES/Camaçari.

No trabalho de campo está prevista entrevista com mulheres com idade entre 30 a 50 anos e com profissionais da unidade. Após a realização das entrevistas será realizada análise qualitativa. As questões éticas do presente estudo seguem a normativa envolvendo pesquisa com seres humanos. Dentre os benefícios desta pesquisa, teremos a possibilidade de novas práticas do cuidado e momentos de reflexão com a equipe do CRES.

A pesquisadora apresentou o projeto, obtendo Termo de Anuência da COGETHS. Este projeto faz parte de um projeto guarda-chuva e foi submetido à aprovação do Comitê de Ética sob o **parecer nº 7.509.631** e será executado em consonância com as normativas que regulamentam a atividade de pesquisa envolvendo seres humanos. Na oportunidade, salientamos que após a conclusão do estudo será apresentado cópia do produto da pesquisa à Secretaria Municipal de Saúde/ CRES.

Na expectativa do atendimento ao pleito, nos colocamos à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários, através do telefone: 3454-0182.
Nada mais havendo a tratar apresento a Vossa Senhoria nossas atenciosas saudações

Atenciosamente,

Documento assinado digitalmente
gov.br THAYLANE COUTINHO DOS SANTOS CARNEIRO
Data: 30/04/2025 15:24:22 -0300
verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Thaylane Coutinho dos Santos Carneiro
COORDENADORA DA COGETHS

UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR

Pesquisador: Marcio Costa de Souza

Área Temática:

Versão: 7

CAAE: 54898221.4.0000.0057

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.966.767

Apresentação do Projeto:

A emenda é para adição do subprojeto "O CUIDADO ÀS MULHERES QUE VIVEM COM HIV/AIDS EM UM MUNICÍPIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE SALVADOR" que integra o projeto ampliado "PRODUÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS: CAMINHOS, TRILHAS E AFECÇÕES".

Resumo do subprojeto informado pelo autor:

"Atualmente, a AIDS é considerada uma epidemia mundial e os fatores que perpassam pelas afecções geradas durante o processo de diagnóstico e tratamento são preponderantes para compreender os processos de subjetivação desencadeados e a produção do cuidado. A pesquisa pretende Analisar a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari. Trata-se de um estudo qualitativo exploratório em que as mulheres acompanhadas no serviço e os trabalhadores que lá atuam serão convidados a realização de entrevista semiestruturada para a produção de dados. Será realizado numa unidade de referência municipal, pessoas com outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e Hepatites Virais dno município de Salvador-Bahia. O método de análise de dados será a partir da construção de tema

Endereço: Rua Dr. José Peroba, 251, 7º Andar - Edf. Civil Empresarial.

Bairro STIEP

CEP: 41.770-235

UF: BA

Município

SALVADOR

Telefone (71)3198-5856

Fax: (71)3198-5861

E-

cepuneb@uneb.br/www.ceb.uneb.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO DA BAHIA - UNEB



Continuação do Parecer: 7.966.767

que foi adaptado por Minayo. O mesmo será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado da Bahia através da Plataforma Brasil e será realizado sob as normas brasileiras de pesquisa com seres humanos, previstas na resolução 466/2012 e as normas aplicáveis a pesquisa em Ciências Humanas e Sociais previstas na resolução 510/2016".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a percepção, o entendimento e a prática do cuidado tanto das mulheres que vivem com HIV/AIDS como dos profissionais do CRES/Camaçari.

Objetivo Secundário:

Descrever a vinculação entre as mulheres que vivem com HIV/AIDS e os profissionais do CRES que atendem esse grupo;

Verificar os efeitos do estigma e discriminação sentidos pelas mulheres que vivem com HIV/AIDS desde o diagnóstico até o tratamento;

Identificar estratégias possíveis para qualificar as práticas de cuidado às mulheres que vivem com HIV/AIDS a serem realizadas pelos profissionais do CRES.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos e benefícios informados dentro da eticidade.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante e exequível.

A metodologia proposta bem como os critérios de inclusão e exclusão e cronograma são compatíveis com os objetivos propostos no projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram adicionados a autorização da instituição coparticipante; Declaração de concordância com o desenvolvimento do projeto de pesquisa; confidencialidade e TCLE.

TCLE precisará adicionar os contatos do CEP/UNEB

Recomendações:

Recomendamos ao pesquisador atenção aos prazos de encaminhamento dos relatórios parcial e/ou final. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o

Endereço: Rua Dr. José Peroba, 251, 7ª Andar - Edf. Civil Empresarial.
Bairro STIEP **CEP:** 41.770-235
UF: BA **Município** SALVADOR
Telefone (71)3198-5856 **Fax:** (71)3198-5861 **E-** cepuneb@uneb.br/www.ceb.uneb.br

**UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB**



Continuação do Parecer: 7.966.767

pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera a emenda APROVADA para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos participantes, respeitando os princípios da autonomia, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade.

Considerações Finais a critério do CEP:

Após a análise com vista à Resolução 466/12 CNS/MS o CEP/UNEB considera a emenda APROVADA para execução, tendo em vista que apresenta benefícios potenciais a serem gerados com sua aplicação e representa risco mínimo aos sujeitos da pesquisa tendo respeitado os princípios da autonomia dos participantes da pesquisa, da beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Informamos que de acordo com a Resolução CNS/MS 466/12 o pesquisador responsável deverá enviar ao CEP- UNEB o relatório de atividades final e/ou parcial anualmente a contar da data de aprovação do projeto.54898221.4.0000.0057

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2660260_E5.pdf	27/10/2025 10:57:06		Aceito
Declaração de concordância	Declaracaodeconcordanciacomodesenvolvimentodoprojetodepesquisa.pdf	27/10/2025 10:56:27	Marcio Costa de Souza	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Anuencia.pdf	27/10/2025 10:49:11	Marcio Costa de Souza	Aceito
Outros	autorizacao.pdf	27/10/2025 10:47:55	Marcio Costa de Souza	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEDaniela.docx	27/10/2025 10:44:04	Marcio Costa de Souza	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/03/2022 21:56:55	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA	Aceito

Endereço: Rua Dr. José Peroba, 251, 7ª Andar - Edf. Civil Empresarial.
Bairro STIEP **CEP:** 41.770-235
UF: BA **Município** SALVADOR
Telefone (71)3198-5856 **Fax:** (71)3198-5861 **E-** cepuneb@uneb.br/www.ceb.uneb.br

**UNIVERSIDADE DO ESTADO
DA BAHIA - UNEB**



Continuação do Parecer: 7.966.767

Orçamento	ORCAMENTO.pdf	09/03/2022 21:56:55	CARDOSO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO09032022.pdf	09/03/2022 21:55:15	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE09032022.pdf	09/03/2022 21:54:50	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto2.pdf	24/02/2022 23:52:45	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO	Aceito
Outros	concessao.pdf	10/01/2022 19:20:30	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	UNEB.pdf	19/11/2021 18:12:51	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	COPARTICIPANTE.pdf	19/11/2021 18:12:17	TALITA MIRANDA PITANGA BARBOSA CARDOSO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SALVADOR, 10 de Novembro de 2025

Assinado por:

**Aderval Nascimento Brito
(Coordenador(a))**

Endereço: Rua Dr. José Peroba, 251, 7ª Andar - Edif. Civil Empresarial.

Bairro STIEP

CEP: 41.770-235

UF: BA

Município

SALVADOR

Telefone (71)3198-5856

Fax: (71)3198-5861

E-

cepuneb@uneb.br/www.ceb.uneb.br