



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
INSTITUTO INTEGRADO DE SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TAILMA SILVA LINO DE SOUZA

SEXUALIDADE E HIV: DEMANDAS DE CUIDADO NA PERCEPÇÃO DE MULHERES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CAMPO GRANDE/MS

2025

TAILMA SILVA LINO DE SOUZA

SEXUALIDADE E HIV: DEMANDAS DE CUIDADO NA PERCEPÇÃO DE MULHERES E
PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Nome do orientador: Prof. Dra. Elen Ferraz Teston

Coorientador: Prof. Dra. Ana Paula de Assis Sales

CAMPO GRANDE/MS

2025

TAILMA SILVA LINO DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem

Campo Grande, MS, ____ de _____ de 2025

Resultado:

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. Elen Ferraz Teston (Presidente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Kely Vilena (Membro titular)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Luciana de Alcantara Nogueira (Membro titular)
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Profa. Dra. Maria Neto da Cruz Leitão (Membro suplente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

Profa. Dra. Rosilene Rocha Palasson (Membro suplente)
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais, **Trajano** (in memoriam) e **Wilma**, cuja trajetória de vida é minha maior inspiração. E, de maneira especial, ao meu esposo **Whendel** e ao meu filho **Daniel**, que são minha maior motivação e fonte de força em cada passo da minha jornada.

AGRADECIMENTOS

A **Deus**, por me conceder esta oportunidade no Seu tempo, ensinando-me a confiar e a perseverar em cada etapa da jornada.

Ao meu pai, **Trajano** (in memoriam), cuja ausência física jamais apagará sua presença em meus pensamentos e no caminho que sigo. Seu exemplo e ensinamentos continuam a me guiar. À minha mãe, **Wilma**, por suas orações, pelo apoio incondicional e por estar sempre ao meu lado. Sou imensamente grata por cada ação e palavra de incentivo e por todas as oportunidades a qual vocês sempre me proporcionaram

Ao meu esposo, **Whendel**, por sua paciência, compreensão e pelo apoio emocional inestimável. Obrigada por sempre acreditar em mim, no meu potencial e por, com amor e carinho, estar ao meu lado em todos os momentos.

Ao meu filho, **Daniel**, pela compreensão diante das minhas ausências, especialmente nos momentos finais desta trajetória. Que este esforço sirva de inspiração para que ele acredite que todo sonho pode ser alcançado com dedicação e perseverança.

À minha orientadora, **Dra. Elen Ferraz Teston**, pela dedicação, paciência e valiosos ensinamentos ao longo desta trajetória. Sua experiência, orientação cuidadosa e palavras foram fundamentais para o desenvolvimento e aprimoramento deste trabalho.

À minha coorientadora, **Dra. Ana Paula de Assis Sales**, pela disponibilidade, apoio, contribuições e incentivo foram essenciais para a construção deste estudo.

Aos amigos do mestrado, **Vanessa, Gabriele, Bianca, Karine, Gabrielly, Aline, Felipe, Fernanda, Ana Beatriz, Gabriella, Gustavo, Natália, Nur e Thaylla** pelo companheirismo, troca de experiências e apoio mútuo durante toda a trajetória acadêmica.

Aos participantes do estudo, que gentilmente compartilharam suas histórias e vivências, tornando esta pesquisa possível e ainda mais significativa.

Aos amigos e familiares, pelo carinho, compreensão e palavras de encorajamento nos momentos mais desafiadores.

Aos amigos do trabalho, **Ana Patrícia, Renata e Wesley** pelo apoio incondicional, compreensão e incentivo constante ao longo desta jornada. A amizade e encorajamento de vocês tornaram esse percurso mais leve e significativo.

Aos **Professores de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**, pelo conhecimento transmitido, pelas reflexões instigadas e pelo papel fundamental na minha formação acadêmica e profissional.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para que esta conquista se tornasse realidade, minha eterna gratidão.

SOUZA, Tailma Silva Lino. Sexualidade e HIV: demandas de cuidado na percepção de mulheres e profissionais de saúde. 2025. 69f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

RESUMO

Segundo a Organização Mundial de Saúde, estima-se que, a cada dia, mais de um milhão de Infecções Sexualmente Transmissíveis são adquiridas no mundo. A elevada incidência global da infecção pelo HIV tem direcionado a atenção à população feminina, em especial pelo fato de que em 2023, 44% dos casos ocorreram entre mulheres e meninas, evidenciando a vulnerabilidade feminina à epidemia. O presente estudo teve como objetivo conhecer a percepção sobre sexualidade e as demandas de cuidado na perspectiva de mulheres vivendo com HIV e profissionais de saúde. Estudo exploratório, de abordagem qualitativa, desenvolvido na capital do Estado de Mato Grosso do Sul, em dois serviços de referência para o atendimento de pessoas vivendo com HIV. A população do estudo foi composta por mulheres vivendo com HIV e profissionais de saúde que atuam no cuidado destas. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2024, mediante entrevistas individualizadas, semiestruturadas e audiogravadas. Após serem transcritas na íntegra, foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, sob o parecer nº 7.063.583. Participaram do estudo 22 indivíduos, sendo 13 mulheres vivendo com HIV e nove profissionais de saúde atuantes nos serviços de referência. As mulheres tinham idades entre 27 e 73 anos, quatro eram solteiras, seis tinham companheiros e três eram divorciadas. O tempo de diagnóstico variou entre oito meses e 19 anos. Quanto à sorologia anti-HIV do parceiro, cinco eram negativos, três positivos e cinco declararam não ter parceiros. Já em relação aos profissionais, cinco eram enfermeiros, dois psicólogos e dois médicos, com idade entre 35 e 71 anos. Na perspectiva das mulheres, a sexualidade constitui uma demanda de cuidado, em especial por ser impactada pelo tabu relacionado ao HIV, medo da transmissão e desafios emocionais, como culpa, vergonha, receio de rejeição, impacto da traição e dificuldade em retomar a vida sexual. As experiências vivenciadas por elas variam entre isolamento, dificuldades nos relacionamentos e processos de resignificação. Os profissionais reiteram a demanda identificada pelas mulheres e destacam o processo de formação (básica e continuada) ainda centrado no manejo clínico da doença. Estes relataram ainda o despreparo e tabus culturais como fatores que dificultam a abordagem da sexualidade na assistência. Destaca-se a necessidade de capacitação profissional e de uma abordagem mais sensível da sexualidade na formação acadêmica. Além disso, ressalta-se a importância da criação de espaços de acolhimento nos serviços de saúde, garantindo que essas mulheres possam expressar suas vivências sem receio de julgamento. O fortalecimento das políticas públicas deve assegurar a sexualidade como elemento essencial do cuidado integral, promovendo autonomia, acesso à informação e construção de relações saudáveis. Ainda, sugere-se a inclusão dos parceiros em pesquisas futuras para ampliar a compreensão das dinâmicas relacionais e aprimorar estratégias de cuidado.

Palavras chaves: Mulheres. Infecções por HIV. Sexualidade. Saúde Sexual. Enfermagem.

SOUZA, Tailma Silva Lino. Sexuality and HIV: demands for care as perceived by women and health professionals. 2025. 69f. Dissertation (Master's Degree in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, MS, 2025.

ABSTRACT

According to the World Health Organization, it is estimated that every day more than one million Sexually Transmitted Infections are acquired in the world. The high global incidence of HIV infection has focused attention on the female population, especially given that in 2023, 44% of cases occurred among women and girls, highlighting female vulnerability to the epidemic. The aim of this study was to understand the perception of sexuality and the demands for care from the perspective of women living with HIV and health professionals. This is an exploratory study with a qualitative approach, carried out in the capital of the state of Mato Grosso do Sul, in two reference services for the care of people living with HIV. The study population was made up of women living with HIV and health professionals who care for them. Data was collected from September to November 2024, through individualized, semi-structured and audio-recorded interviews. After being transcribed in full, they were submitted to thematic content analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Mato Grosso do Sul, under protocol number 7.063.583. Twenty-two individuals took part in the study, 13 of whom were women living with HIV and nine health professionals working in referral services. The women were aged between 27 and 73, four were single, six had partners and three were divorced. The time since diagnosis ranged from eight months to 19 years. As for their partner's HIV status, five were negative, three were positive and five said they had no partners. As for the professionals, five were nurses, two psychologists and two doctors, aged between 35 and 71. From the women's perspective, sexuality is a demand for care, especially as it is impacted by the taboo related to HIV, fear of transmission and emotional challenges such as guilt, shame, fear of rejection, the impact of betrayal and difficulty in resuming their sex lives. Their experiences vary between isolation, difficulties in relationships and processes of resignification. The professionals reiterate the demand identified by the women and highlight the training process (basic and continuing) which is still centered on the clinical management of the disease. They also reported unpreparedness and cultural taboos as factors that hinder the approach to sexuality in care. This highlights the need for professional training and a more sensitive approach to sexuality in academic training. In addition, it is important to create welcoming spaces in health services, ensuring that these women can express their experiences without fear of judgment. The strengthening of public policies must ensure that sexuality is an essential element of comprehensive care, promoting autonomy, access to information and the building of healthy relationships. It is also suggested that partners be included in future research to broaden the understanding of relational dynamics and improve care strategies.

Keywords: Women. HIV infections. Sexuality. Sexual Health. Nursing.

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Caracterização MVHIV.....	34
Quadro 02 – Caracterização dos profissionais de saúde.....	35

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ART	Antirretrovirais
AZT	Zidovudina
CEDIP	Centro Especializado em Doenças Infectoparasitárias
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREQ	Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CRAE	Coordenadoria de Atenção Especializada
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DIP	Doença Infecciosas Parasitárias
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUMAP	Hospital Maria Aparecida Pedrossian
IST	Infecção sexualmente transmissíveis
MVHIV	Mulheres vivendo com HIV
MS	Ministério da Saúde
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
SAE	Serviço Ambulatorial Especializado
SESAU	Secretária Municipal de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida
SISREG	Sistema Estadual de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
SSR	Saúde Sexual e Reprodutiva
SSRS	Serviços de Saúde Sexual e Reprodutiva

TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidades Básica de Saúde da Família
UDIP	Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias
UFMS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	REVISÃO DE LIERATURA.....	16
2.1	HIV – Contexto histórico.....	16
2.2	Feminilização da epidemia.....	19
2.3	Sexualidade e Saúde Sexual – Conceito, direitos e Implicações para o cuidado.....	21
3	OBJETIVOS	24
3.1	Objetivo geral	24
3.2	Objetivo específico.....	24
4	MÉTODO.....	25
4.1	Delineamento do estudo	25
4.2	Local do estudo	25
4.3	Participantes do estudo.....	26
4.4	Instrumentos de coleta de dados.....	27
4.5	Período e Procedimentos de coleta de dados	27
4.6	Análise dos dados.....	28
4.7	Aspectos éticos.....	29
5	RESULTADOS.....	30
5.1	Artigo Original.....	30
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	49
	REFERÊNCIAS	51
	APÊNDICES.....	56
	Apêndice A - Questionário de coleta de dados (participante).....	56
	Apêndice B - Questionário de coleta de dados (profissionais de saúde)	58
	Apêndice C - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (participante)	60
	Apêndice D - Termo de Consentimento Livre Esclarecido (profissionais de saúde)	62
	ANEXO.	64
	Anexo A – Parecer do Comitê de Ética.....	64

1 INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que mais de um milhão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) sejam adquiridas por dia no mundo, entre elas o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (OMS, 2019). Dados da Organização das Nações Unidas (ONU) indicam que 39,9 milhões de pessoas vivem com HIV (PVHIV) globalmente, sendo 1,3 milhão de novos casos notificados em 2023. Dentre essas novas infecções, 44% ocorrem em mulheres e meninas, evidenciando sua vulnerabilidade à epidemia (UNAIDS, 2024).

Desde sua descoberta, a infecção pelo HIV esteve atrelada à sexualidade, inicialmente mais associada a grupos como homens homossexuais, usuários de drogas e profissionais do sexo. Entretanto, nos últimos anos, observou-se a feminização da epidemia, especialmente em mulheres na faixa etária de 15 a 34 anos. Esse período da vida é marcado por importantes transformações sexuais e reprodutivas, tornando essencial que o cuidado prestado a essas mulheres aborde não apenas a prevenção e o tratamento da infecção, mas também suas necessidades em saúde sexual e reprodutiva (Company; Amaral; Santos, 2021; Bossonario *et al.*, 2022).

O avanço do cuidado às PVHIV, com acesso universal ao tratamento e à prevenção da infecção pelo vírus, possibilitou a queda nas taxas de transmissão vertical do HIV, a redução da morbimortalidade pela infecção e o aumento da expectativa e qualidade de vida das PVHIV. Nessa perspectiva, a infecção pelo vírus adquiriu características de uma condição crônica, transformando o cenário da epidemia. Com essas mudanças, emerge a necessidade de novas abordagens no cuidado a esses indivíduos, como, por exemplo, o aprofundamento da temática da saúde sexual e reprodutiva (SSR). No entanto, a abordagem desse tema ainda se restringe às recomendações sobre o uso de preservativos e ao aconselhamento anticoncepcional (Brasil, 2017; OMS, 2017).

A sexualidade é influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos, culturais, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais, além da busca por satisfação plena. Assim, deve ser compreendida como parte essencial do indivíduo, sendo indissociável dos demais aspectos da vida. Nesse sentido, a OMS destaca que a saúde sexual é um direito humano fundamental, essencial para o bem-estar físico, emocional, mental e social. Para garanti-la, é imprescindível assegurar o respeito aos direitos sexuais e reprodutivos,

proporcionando acesso à informação, aos serviços de saúde e a um ambiente livre de discriminação, coerção e violência (Organização Mundial da Saúde, 2019, 2017; Suto *et al.*, 2023).

Pela Constituição Federal Brasileira, as PVHIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm obrigações e direitos garantidos, como a dignidade humana e o acesso à saúde. O artigo 10º dos direitos das PVHIV enfatiza que: “*Toda pessoa vivendo ou convivendo com HIV tem direito à continuação de sua vida civil, profissional, sexual e afetiva, e nenhuma ação poderá restringir seus direitos completos à cidadania*” (Brasil, 1988; ENONG, 1989).

O acesso à SSR está incluído no Pacto Internacional de Direitos das Nações Unidas, no qual a opção reprodutiva da mulher é considerada um direito humano básico. O direito aos serviços de saúde sexual e reprodutiva (SSRS) compreende o acesso facilitado e o atendimento oportuno e eficiente, que atenda às necessidades da mulher ao longo de sua vida, bem como a liberdade de tomar decisões (Brasil, 2013). Para apoiar os países na implementação de instruções baseadas em evidências, a OMS lançou, em 2017, a *Diretriz Consolidada sobre Saúde Sexual e Reprodutiva e Direitos das Mulheres Vivendo com HIV*, com o objetivo de melhorar o acesso a esses serviços e garantir o exercício desse direito básico.

Contudo, estudos realizados com mulheres vivendo com HIV (MVHIV) e suas condições de acesso aos SSRS mostram que suas necessidades em SSR são amplamente insatisfeitas, especialmente pelo enfoque assistencial voltado apenas para o aspecto reprodutivo, como prevenção da gravidez e uso de métodos contraceptivos (Gomez-Suarez *et al.*, 2019; Araújo *et al.*, 2021).

Diante disso, questiona-se: Como MVHIV e profissionais de saúde percebem a sexualidade após o diagnóstico? Quais são as demandas de cuidado em relação à sexualidade na perspectiva das MVHIV e dos profissionais de saúde?

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 HIV – Contexto Histórico

A Síndrome da Imunodeficiência Humana Adquirida (SIDA ou Aids), causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) acomete o sistema imunológico do indivíduo infectado, ao utilizar o DNA dos linfócitos T CD4+ para sua replicação, onde provoca a ruptura destas células e afeta a imunidade do indivíduo (WHO, 2019).

Os primeiros casos de HIV/Aids foram detectados na África e nos Estados Unidos e no decorrer da década de 80 evoluiu para uma epidemia de grande importância. Poucos anos após o seu reconhecimento, o vírus HIV espalhou-se rapidamente por todo o mundo, causando uma epidemia maciça e tornando-se uma das principais causas de morte, principalmente em adultos jovens e pessoas em situação de pobreza (Cezar; Draganov, 2014; Souza; Santos; Oliveira, 2015).

A partir dos primeiros diagnósticos, viver com HIV/Aids tornou-se sinônimo de uma prática sexual excessiva, imoral e pervertida. Identificada, inicialmente como uma síndrome que acometia indivíduos do sexo masculino e homossexuais, sendo estes caracterizados como grupo de risco, que acarretou na construção social do estigma e preconceito em torno da infecção. Porém logo observou-se a doença em usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo, o que ampliou os grupos de risco (Villarinho *et. al.*, 2013; Fernandes; Bruns, 2021).

As primeiras notificações do HIV/Aids no Brasil surgiram em São Paulo, em 1980, vindo a seguir, notificações registradas no Estado do Rio de Janeiro. A partir do final dessa década, observou-se a disseminação da doença para diversas regiões do país. Mesmo com registros de casos em todos os estados, a epidemia da Aids não se distribuiu de forma homogênea, pois apresentava maior concentração de casos nas regiões Sudeste e Sul (Cezar; Draganov, 2014; Andrade; Cruz, 2018).

No Brasil, a caracterização da epidemia seguiu a mesma lógica mundial, ou seja, a relação da contaminação do HIV/Aids aos chamados “grupos de risco” e mais tarde a “comportamento de risco”. O estigma de imoralidade gerado em torno da doença e conceitos de “grupos” massificaram intensamente a transmissão por via sanguínea, ligado a práticas sexuais homossexuais e pessoas “promiscuas”, o que ocultou o cenário real da epidemia (Andrade; Cruz, 2018).

O primeiro programa governamental voltado ao controle da Aids foi lançado pelo Estado de São Paulo, em 1983, em resposta aos questionamentos de grupos de militantes do movimento homossexual que cobravam um posicionamento do governo em relação ao controle da epidemia. Neste mesmo, ano o Brasil identificou o primeiro caso de Aids entre mulheres, os primeiros relatos de transmissão heterossexual do vírus e de contaminação de profissionais de saúde (Cezar; Draganov, 2014).

Na década de 1980, ocorreu uma rápida disseminação do HIV, com exposição a equivocada dos novos casos pela mídia, redução da sobrevida das pessoas com o vírus e estigmatização social. Entretanto, houve o fortalecimento e a criação de organizações não governamentais diante da fragilidade das autoridades em dar respostas assertivas. Dessa pressão popular e discussões com os setores públicos, culminou a Portaria n° 236 de 02 de maio de 1985, que estabeleceu as diretrizes para o programa de controle da Aids. Em 1986, o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional de DST e Aids, que se tornou referência mundial no cuidado PVHIV (Villarinho *et. al.*, 2013; Cezar; Draganov, 2014;).

Ainda em 1986, a Portaria n° 1.100 de 24 de maio de 1986 inclui a Aids na relação de doenças de notificação compulsória. As políticas públicas relacionadas ao HIV/Aids no Brasil tiveram seu auge na década de 90, em virtude da realização do convênio do governo brasileiro com o Banco Mundial, que favoreceu o desenvolvimento de estratégias de prevenção, promoção e combate a evolução da epidemia. Com o financiamento foram desenvolvidos os Projetos “AIDS I, II e III”, que permaneceram em vigor de 1993 a 2006 (Monteiro; Villela, 2009; Villarinho *et. al.*, 2013).

Em 1996, o Brasil promulgou a Lei N° 9.313, de 13 de novembro de 1996, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos para HIV/Aids, que fossem necessários ao tratamento, na atualidade são distribuídos 16 antirretrovirais pelo Ministério da Saúde (MS). A terapia antirretroviral (TARV), são medicamentos que apresentam a capacidade de interferir na replicação do vírus, reduzindo o RNA viral e, como resultado, proporciona o aumento dos linfócitos T CD4+, células-alvo do HIV (Brasil, 2013; Souza; Santos; Oliveira, 2015).

A zidovudina (AZT) foi o primeiro antirretroviral para tratamento da Aids, entretanto a resistência desenvolvida pelo vírus ao medicamento, exigiu a pesquisa de novas drogas alternativas e assim a ampliação de opções de tratamento. A partir dos estudos observou a necessidade de uma terapia combinada de medicamentos que resultou na TARV dupla e depois a

TARV tríplice, que se tornou padrão mundial (Souza; Santos; Oliveira, 2015; Carvalho *et. al.*, 2019).

Em 2013, é incluído a utilização dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção nas Unidades Básicas de Saúde e Centros de Testagem e Aconselhamento e a implantação da estratégia de tratamento antirretroviral imediato de todas as pessoas diagnosticadas com o HIV. A partir de 2017, foi incorporada a oferta de métodos preventivos baseados em antirretrovirais (ART), conhecidos como Profilaxia Pré-Exposição (PrEP), pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e a distribuição e ampliação do auto teste para HIV, como estratégia de ampliação do diagnóstico para HIV a partir de 2018 (Brasil, 2013; Brasil, 2017; Brasil, 2022).

Embora relacionadas, a infecção pelo HIV e a AIDS são conceitos distintos são conceitos distintos. O HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) é o agente infeccioso que ataca o sistema imunológico comprometendo sua capacidade de defesa. Já a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) é o estágio mais avançado da infecção pelo HIV, caracterizado por um enfraquecimento severo do sistema imunológico, que torna o organismo vulnerável a infecções oportunistas e outras doenças (Fernandes; Bruns, 2021; Calazans; Parker; Terto Junior, 2022).

Segundo a OMS, cerca de 39,9 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo. Em 2023, foram registrados 1,3 milhão de novos casos e 630 mil mortes relacionadas ao HIV. Desde o início da epidemia, 42,3 milhões de indivíduos morreram por causas relacionadas à infecção. Observou-se uma redução de 68% de mortes associadas à infecção desde o pico em 2004 e de 52% desde 2010. No entanto a OMS destaca que o HIV segue como importante problema de saúde pública global e as ações de prevenção e assistência à saúde de qualidade são essenciais no enfrentamento da epidemia (WHO, 2019; UNAIDS, 2024).

Desde o início da epidemia até o fim de 2023, no Brasil, 1,1 milhão de pessoas foram diagnosticadas com HIV. Dados epidemiológicos do MS mostram que foram notificados, de 2007 até junho de 2024, 541.759 casos de infecção pelo HIV, sendo 46.495 de novos casos em 2023. A maior concentração de casos de HIV é notada nos indivíduos com idade entre 15 e 24 anos, sendo, a razão entre os sexos de 2,7 casos em pessoas do sexo masculino para cada caso do sexo feminino (Brasil, 2024).

O progresso na ciência e melhoria nas políticas públicas desenvolvidas – especialmente na qualidade e eficácia dos fármacos antirretrovirais – transformaram a epidemia de HIV em uma

infecção controlável e em uma questão de saúde que não mais implica na decadência inevitável do sistema imunológico do indivíduo. Acontecimentos que reduziram os riscos de adoecimento por infecções oportunistas e contribuíram com o aumento da sobrevivência dos indivíduos infectados, que proporcionou condições para que o HIV/Aids deixasse de ser considerado uma sentença de morte e passasse a ser vista como um agravo crônico passível de tratamento a longo prazo (Brasil, 2017).

Ao entender a infecção do HIV, como uma condição crônica, é fundamental compreender que o cuidado do HIV/Aids demanda uma abordagem integral e eficiente, que englobe todas as necessidades do paciente, o que implica em reconhecer a importância da integração das ações oferecidas. A assistência deve ser construída através da interação entre os usuários e os profissionais de saúde, assim como entre os próprios profissionais dos diferentes serviços de saúde. Interação que deve ocorrer de forma prática e efetiva, que permita a criação de uma rede assistencial acessível e coerente com as demandas das PVHIV (Magnabosco *et. al.*, 2018).

A positividade para o HIV ultrapassa implicações fisiológicas e pode afetar profundamente a percepção do indivíduo sobre si e sobre o que o rodeia. A cronicidade dessa condição não influencia apenas a esfera pessoal, mas também tem efeitos significativos no contexto social, que pode comprometer as relações interpessoais e de autoestima. O diagnóstico positivo do HIV, demanda não apenas adaptações no estilo de vida, mas também a necessidade de lidar com a realidade de um tratamento contínuo (Sá; Santos, 2018).

2.2 Feminização da epidemia

Estima-se que há 18,2 milhões [15,6 milhões – 21,4 milhões] de mulheres com idade superior a 15 anos vivendo com HIV, o que representa em torno de 49,3% das infecções, a maioria destas vivendo em países pobres. Segundo publicação da UNAIDS direcionada às mulheres, intitulada *Women and HIV a spotlight on adolescent girls and young women*, o HIV foi a principal causa de morte entre mulheres entre 15 e 49 anos de idade em todo o mundo no ano 2017 (UNAIDS, 2018).

Entre 2007 e 2023, o Brasil notificou 158.626 casos de infecção pelo HIV em mulheres, correspondendo a 29,3% dos casos registrados nesse período. Dentre essas mulheres, 86,4% foram infectadas em relações heterossexuais. Em 2023, as novas infecções pelo HIV em mulheres de 15 a 49 anos (idade reprodutiva) representaram 77,7% do total de casos femininos, adicionalmente,

houve um aumento significativo na proporção de casos entre mulheres com 50 anos ou mais, que passou de 12,8% em 2013 para 21,1% em 2023, o que demonstra a importância de considerar essa faixa etária nas estratégias de prevenção e cuidado (Brasil, 2024).

Estudos evidenciam que o processo de feminização da epidemia de HIV/Aids está profundamente atrelado à negligência e à morosidade dos pesquisadores em reconhecer a vulnerabilidade das mulheres, pois, inicialmente, acreditava-se que elas não teriam um papel significativo na epidemia, a menos que estivessem associadas a estigmas como prostituição e uso de substâncias psicoativas. Outra questão levantada é a condição de desigualdade de gênero, que insistem em colocar a mulher em uma situação de inferioridade em relação ao homem (Lourenço; Amazonas; Lima, 2018; Duarte; Rohden, 2019).

Com a disseminação do HIV, começaram a surgir as primeiras notificações da infecção em mulheres com relacionamentos fixos, percebe-se que a infecção passa a atingir novos segmentos sociais, o que levou a mudança, ao longo dos anos, no perfil epidemiológico. Em consequência do processo de heterossexualização da epidemia, o aumento de mulheres com diagnóstico do HIV, impactou fortemente na feminização da doença (Andrade; Cruz, 2018; Campany; Amaral; Santos, 2021).

A vulnerabilidade da população feminina à infecção pelo HIV, está associado a questões complexas, que perpassam desde características biológicas, início sexual precoce, baixa renda, baixo nível de escolaridade, dependência financeira, todavia estudos que abordam a feminização do HIV/Aids apontam a desigualdade de gênero como o principal fator da heterossexualização da epidemia, o que leva as mulheres a terem sua autonomia sexual comprometida e fomentam ainda mais as suas vulnerabilidades (Campany; Amaral; Santos, 2021; Suto *et. al.* 2023).

Nesse sentido, o aumento da transmissão do HIV por contato heterossexual ter ocasionado o crescimento substancial de casos em mulheres, sobretudo em idade reprodutiva, e das desigualdades sofridas em relação aos contextos socioeconômicos, culturais e de gênero, nota-se que a feminização da Aids se tornou um fenômeno preocupante e merece especial atenção. Suas consequências envolvem além de chances reais da transmissão materno-infantil do vírus, a possibilidade de reflexos negativos no contexto da qualidade de vida das MVHIV (Duarte; Rohden, 2019).

Em virtude da feminização da infecção, políticas públicas voltadas a MVHIV começam a ser elaboradas. Nos últimos dez anos, uma das principais estratégias nacional para essas mulheres tem se concentrado na realização de testes durante o pré-natal e o parto, seguida do encaminhamento para o tratamento dos casos positivos, com o objetivo de prevenir a transmissão vertical do HIV, que lamentavelmente demonstra um cuidado centrado na dimensão reprodutiva desse público (Carvalho; Monteiro, 2021).

2.3 Sexualidade e Saúde Sexual - Conceitos, Direitos e Implicações para o cuidado

Historicamente, a percepção da sexualidade feminina foi influenciada por fatores biológicos, religiosos, socioculturais e econômicos. Durante a Antiguidade e a Idade Média, a mulher era amplamente subjugada e sua sexualidade era controlada, com a reprodução sendo o principal objetivo da atividade sexual. A influência da Igreja e a imposição de normas patriarcais reforçaram essa submissão, que limitam a liberdade e expressão sexual das mulheres (Santos; Sacramento, 2011).

Com a Revolução Industrial e o avanço dos movimentos feministas nos séculos XIX e XX, iniciou-se uma luta pela liberdade sexual e igualdade de gênero. Contudo, desafios persistem na atualidade, com a sexualidade feminina ainda sendo controlada por normas sociais e culturais (Ferreira; Dias, 2011). Apesar dos avanços, a sociedade contemporânea ainda enfrenta desafios no que diz respeito à igualdade de gênero e ao respeito pelos direitos das mulheres. A sexualidade feminina apresenta-se relevante, na sociedade brasileira, por ainda ser percebida como objeto de controle masculino atravessada pelas questões de gênero (Santos; Sacramento, 2011).

A abordagem em torno da sexualidade tem evoluído consideravelmente, abraça novas compreensões e práticas que defendem uma expressão sexual ampla e ilimitada, fundamentada no princípio do prazer e exercida com base no desejo, fantasia e liberdade. Nessa perspectiva, a sexualidade passa a ser compreendida como um elemento fundamental na estruturação da personalidade, transcende as determinações biológicas do sexo e é manifestada corporalmente por meio dos sentidos, formas de prazer, sentimentos e emoções (Trindade; Ferreira, 2008; Sá; Santos, 2018).

No contexto da sexualidade, a saúde sexual é um direito fundamental e um aspecto essencial do bem-estar humano. Definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental

e social em relação à sexualidade, e não apenas a ausência de doenças ou disfunções. Para garantir esse bem-estar, é essencial assegurar o respeito aos direitos sexuais, incluindo o acesso à informação, serviços de saúde de qualidade e um ambiente livre de discriminação, coerção e violência (OMS, 2022).

Os direitos sexuais são reconhecidos como parte dos Direitos Humanos, que incluem o direito à liberdade e autonomia sobre o corpo, à privacidade e à expressão da sexualidade sem medo ou culpa. No Brasil, esses direitos são reforçados por documentos normativos e políticas de saúde que visam a promoção da equidade e o acesso universal aos serviços de atenção à saúde sexual e reprodutiva, como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e o Plano de Enfrentamento à Feminização da Epidemia de HIV e Aids. No entanto, a implementação dessas políticas ainda enfrenta desafios, principalmente para populações vulneráveis (Brasil, 2005; Brasil, 2013).

A legislação e as políticas de saúde brasileiras passaram por transformações significativas. A partir da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento do Cairo (1994) e da IV Conferência Mundial sobre a Mulher (1995), houve um avanço na compreensão da saúde sexual como um direito, que afasta a perspectiva meramente reprodutiva, reconhece a importância do prazer e da autonomia na vivência da sexualidade (Brasil, 2013).

A saúde sexual está diretamente ligada aos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, em especial às metas 3.7 e 5.6. A meta 3.7 visa assegurar, até 2030, o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, inclui planejamento familiar, educação e integração desses serviços às políticas nacionais. A meta 5.6, por sua vez, reforça a necessidade de garantir a autonomia das mulheres sobre suas decisões em relação à saúde sexual e reprodutiva, promovendo equidade e reduzindo barreiras institucionais e sociais (ONU, 2015).

No contexto da atenção à saúde, a abordagem da saúde sexual deve ser integrada, humanizada, que considere aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Profissionais de saúde desempenham um papel central na promoção da saúde sexual, necessitam de qualificação para lidar com temas sensíveis e garantir a escuta ativa e respeitosa dos usuários dos serviços (Gonzaga, 2022). Contudo, a capacitação dos profissionais ainda é deficiente em muitos aspectos, o que impacta diretamente na qualidade da assistência prestada, que torna a abordagem frequentemente restrita aos aspectos biomédicos ao ignorar as necessidades emocionais e sociais

dessas mulheres, reforça a importância da qualificação contínua aos profissionais de saúde para oferecer um atendimento que vá além da perspectiva biomédica tradicional (Araújo *et al.*, 2021; Telo; Wiit, 2018).

Outro fator determinante que afeta diretamente a saúde sexual das mulheres é a violência de gênero, por comprometer seu bem-estar físico, emocional e social. Mulheres que vivenciam situações de violência, especialmente aquelas em relacionamentos abusivos, enfrentam maiores dificuldades em exercer autonomia sobre sua sexualidade e em acessar serviços de saúde sexual e reprodutiva (Melo *et al.*, 2024). A exposição à violência está associada a um maior risco de ISTs, que inclui o HIV, seja pela dificuldade em negociar o uso de preservativos, seja pela exposição à violência sexual, que, além de afetar a autoestima, compromete a capacidade de construir relações sexuais e afetivas saudáveis (Menezes *et al.*, 2021).

Observa-se que a qualidade de vida de PVHIV é especialmente afetada no âmbito de exercer sua sexualidade e evidenciam uma série de desafios intrincados. Desafios estes, que incluem, aprender a conviver com a condição de HIV/Aids, enfrentar a divulgação do diagnóstico, receio da reação e perda do parceiro e a complexidade emocional derivada de conflitos, ressentimentos e traumas associados à aquisição do vírus (Jesus, *et al.*, 2017; Sá; Santos, 2018).

A descoberta do HIV leva a mulher a uma rotina diária de cuidado e tratamento, além de gerar insegurança associada à dificuldade de adaptação. Nessas circunstâncias, a representação da sexualidade pode ser ocultada diante da nova realidade do seu cotidiano, o que pode levar a um impacto significativo na vida sexual da mulher. A insegurança decorrente das mudanças corporais associadas à infecção, o medo de infectar o parceiro, o momento de falar sobre o diagnóstico ao parceiro, em especial um novo relacionamento pode afetar suas relações íntimas. Isso muitas vezes resulta em abstinência sexual e isolamento social, esses fatores combinados podem levar a uma diminuição do seu desejo sexual, que tendem a trazer profundos efeitos na vida emocional e psicológica das mulheres afetadas (Melo *et al.*, 2019).

Para MVHIIH, a promoção da saúde sexual exige ações específicas que garantam não apenas o acesso à prevenção e ao tratamento, mas também o respeito à sua autonomia e ao direito de manter uma vida sexual ativa e segura. A literatura indica que muitas dessas mulheres enfrentam barreiras no acesso a serviços de saúde sexual, devido ao estigma e à discriminação, (Brasil, 2013; Brasil, 2005). Além disso, uma análise histórica da participação social e da

construção de políticas públicas revela avanços e desafios na consolidação dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres no Brasil (Fonseca, 2023).

A ausência de um diálogo aberto sobre saúde sexual nos serviços de saúde faz com que muitas mulheres evitem buscar ajuda para suas dúvidas e dificuldades, perpetuando um ciclo de silêncio e negligência (Brasil, 2013). Profissionais de saúde que recebem treinamento específico para lidar com a sexualidade das MVHIV demonstram maior sensibilidade e preparo para oferecer um atendimento adequado e promovem um ambiente acolhedor e livre de julgamentos (Araújo *et al.*, 2021).

A enfermagem desempenha um papel fundamental na promoção da saúde sexual de MVHIV, atua no fortalecimento da autonomia, no apoio ao autocuidado e na garantia do acesso a informações e serviços de qualidade. O incentivo ao autocuidado e à tomada de decisões conscientes sobre a vida sexual e reprodutiva contribui para a redução de vulnerabilidades e o fortalecimento da autoestima das mulheres. O aconselhamento e o apoio psicológico, aliados ao cuidado compartilhado com outros profissionais, como psicólogos, médicos e assistentes sociais, complementam a abordagem e contribuem para a superação do estigma e melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

- Conhecer a percepção sobre sexualidade e as demandas de cuidado na perspectiva de mulheres vivendo com HIV e profissionais de saúde.

3.2 Específico

- Descrever as características sociodemográficas de MVHIV e profissionais atuantes no cuidado.

4 MÉTODO

4.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório, de natureza qualitativa. O estudo exploratório é caracterizado pela busca de maior familiaridade com o problema de pesquisa, proporcionando uma visão geral sobre determinado fenômeno e permitindo seu aprofundamento. Esse tipo de estudo é especialmente útil para temas pouco explorados ou que demandam uma compreensão mais aprofundada antes da formulação de hipóteses mais precisas (Gil, 2019).

Para responder à questão norteadora do estudo, optou-se pelo método qualitativo, que busca explicar a realidade a partir da apreensão de significados dos fatos, das relações, das crenças e percepções, de modo a permitir ao pesquisador interpretar o modo como os indivíduos vivem, pensam, sentem e constroem a si mesmos. Essa abordagem possibilita uma compreensão mais aprofundada do fenômeno em estudo (Minayo, 2014).

No processo de elaboração e execução da pesquisa, adotaram-se as premissas do Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), que orientam a pesquisa qualitativa, fornecendo critérios para garantir transparência e rigor metodológico (Tong; Sainsbury; Craig, 2007).

4.2 Local do estudo

A pesquisa foi realizada em uma capital da região Centro-Oeste brasileira, cuja população estimada é de 898.100 residentes. O município conta com sete regiões de saúde, que abrigam 172 unidades de saúde, sendo 74 Unidades Básica de Saúde da Família (UBSF), 15 Unidades Básicas de Saúde (UBS) e quatro Unidades de Clínicas da Família. No que tange à serviços especializados para pessoas com Doenças Infectocontagiosas, há dois serviços de referência e um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Para realização do presente estudo, elegeram-se dois destes, uma vez que são referência para o atendimento de PVHIV, sendo intitulados no presente estudo de serviço A e B.

O serviço A é composto por três unidades de saúde – Serviço Ambulatorial Especializado (SAE), Atendimento Domiciliar Terapêutico e o Hospital Dia. O SAE unidade especializada no

acompanhamento de PVHIV, oferece atendimento multidisciplinar, incluindo médicos infectologistas, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais. Apresenta em sua dinâmica de trabalho além da oferta de consultas especializadas em infectologia adulto, obstetrícia/ginecologia e pediatria a nível ambulatorial, exames de ultrassonografia e pequenas cirurgias. Os atendimentos de ginecologia/obstetrícia ocorrem ~~nos dias da semana~~, terça e quinta em período vespertino. O Hospital Dia é destinado ao atendimento de pacientes com infecções de maior complexidade e inclui, acompanhamento de PVHIV que necessitam de assistência diferenciada. Atende também a por demanda espontânea, com oferta de consulta médica e de enfermagem, troca de receitas e internação dia.

O serviço B, é o local credenciado como referência estadual para diagnóstico e tratamento de HIV/Aids, Hepatites virais e outras doenças infecciosas e parasitárias. É composto por 3 modalidades de atendimento: Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias, Hospital Dia em Doenças Infecciosas e Parasitárias e Enfermaria de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP). O Ambulatório de infectologia realiza o atendimento de pacientes com doenças infecciosas e parasitárias da macrorregião de Campo Grande/MS, com agendamento das consultas do pelo Sistema Estadual de Regulação (SISREG).

O Hospital Dia conta com 12 leitos de internação não convencional, como referência estadual destinado ao atendimento de pacientes HIV/Aids; representa um recurso intermediário entre a enfermaria DIP e o ambulatório de infectologia. A internação em hospital-dia é realizada após avaliação médica prévia e solicitação de AIH no sistema SISREG. Tem como objetivo, promover assistência diagnóstica e terapêutica aos pacientes em regime de Hospital Dia (internação leito-dia). A enfermaria DIP é destinada ao atendimento de pacientes com idade igual ou superior a treze anos, sendo referência estadual para portadores de HIV/Aids ou outras doenças infecciosas e parasitárias. Tem como objetivo promover a assistência clínica diagnóstica e terapêutica aos pacientes sob regime de internação convencional.

4.3 Participantes do estudo

Esta pesquisa teve como participantes, MVHIV e profissionais de saúde que atuam no atendimento dessas mulheres. Os critérios de inclusão das MVHIV, foram: idade igual ou maior que 18 anos, estar em seguimento nos locais do estudo e residirem no município da realização da pesquisa. Por sua vez foram excluídas as MVHIV privadas de liberdade e que apresentam

alguma dificuldade neurocognitivas que as impossibilitassem de participar da pesquisa. Para a inclusão dos profissionais de saúde, considerou-se a atuação no atendimento de MVHIV há no mínimo seis meses. Aqueles que estavam de atestado médico, em licença maternidade, participando de capacitações externas ou em período de férias durante a coleta de dados não foram incluídos no estudo.

4.4 Instrumentos de coleta de dados

Foram elaborados, para o presente estudo, dois questionários semiestruturados para a coleta de dados, sendo um direcionado às MVHIV e outro aos profissionais de saúde. Para as MVHIV, utilizou-se um questionário composto por duas partes: a primeira referente a dados sociodemográficos e ginecológicos, com o objetivo de caracterizar o perfil das participantes; e a segunda contendo um roteiro de entrevista, estruturado com uma questão norteadora “ O que você pode me falar sobre como é viver sua sexualidade após o diagnóstico de HIV? ” e perguntas de apoio relacionadas ao objeto de estudo (APÊNDICE A).

Para os profissionais de saúde, foi desenvolvido um instrumento específico, também semiestruturado, com a questão norteadora “ Como você avalia as demandas de cuidado das mulheres vivendo com HIV em relação à saúde sexual? ” e perguntas de apoio sobre suas percepções e experiências no cuidado à saúde sexual das MVHIV (APÊNDICE B).

Os instrumentos foram previamente discutidos com os integrantes do grupo de pesquisa antes de sua aplicação. Foi realizado teste piloto com o objetivo de avaliar a clareza e a adequação do roteiro de entrevista, bem como a viabilidade do processo de coleta de dados. A entrevista piloto foi conduzida seguindo os mesmos critérios das demais entrevistas e, devido à sua relevância e coerência com os objetivos da pesquisa, foi incorporada à amostra do estudo.

4.5 Período e Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados ocorreu entre os meses de setembro a novembro de 2024 por meio de visitas semanais às unidades para contato com os participantes do estudo. Os dados foram coletados pela autora principal, enfermeira, especialista em saúde da mulher e mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. A pesquisadora não possui vínculo trabalhista com o local de realização do estudo ou pessoal com os participantes.

Inicialmente, realizou-se uma visita aos locais do estudo, a fim de esclarecer os propósitos da pesquisa, solicitar apoio dos profissionais de saúde na divulgação da pesquisa junto as mulheres durante o atendimento das mesmas e convidá-las a participar do estudo. Para abordar as MVHIV, foram utilizadas estratégias distintas nos dois serviços participantes. No serviço A às mulheres foram convidadas durante consultas de rotina ou atendimentos de demanda espontânea. Já no serviço B, o convite foi realizado as mulheres que compareciam para a coleta de CD4+, atividade realizada semanalmente às quartas-feiras pela manhã. Em ambos os serviços, os profissionais apresentavam o estudo às mulheres e caso demonstrassem interesse, elas eram encaminhadas a uma sala onde a pesquisadora as aguardava para detalhar o estudo. Após a explicação e aceite, as participantes podiam optar por realizar a entrevista imediatamente ou agendá-la para uma data e local de sua preferência. As entrevistas aconteceram no próprio serviço, conforme a solicitação dos informantes, com exceção de três participantes (MVHIV), que optaram por serem entrevistadas em suas residências. Em ambos os locais, a coleta ocorreu de forma tranquila e livre de interrupções.

As entrevistas foram gravadas com auxílio do aplicativo “Gravador de voz” em um smartphone, com duração média de 30 minutos. O número de participantes foi definido a partir do critério de exaustividade e representatividade do corpus, garantindo que os dados analisados fossem suficientes para responder aos objetivos do estudo (Bardin, 2016). Para validar a saturação, as pesquisadoras envolvidas revisaram todos os dados coletados, o encerramento da coleta ocorreu quando as entrevistas não acrescentavam novos elementos relevantes à construção das categorias analíticas.

4.6 Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas na íntegra, estas foram submetidas e analisadas segundo o referencial metodológico da análise de conteúdo, modalidade temática, seguindo-se as fases de pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e interpretação (Bardin, 2016).

Na fase de pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante e exaustiva das falas, permitindo a familiarização com o material e a identificação de trechos relevantes em relação ao objetivo do estudo, com a identificação de 68 unidades de sentido. Conforme preconizado, essa etapa é essencial para definir um corpus de análise representativo e orientar as fases subsequentes. Em seguida, procedeu-se à codificação, processo no qual os dados brutos foram sistematicamente organizados em unidades de significado. A análise dessas unidades teve como objetivo agrupá-las por similaridade, que resultou na definição de dez núcleos de sentido. Na última fase,

realizou-se a categorização, etapa que consiste na classificação dos elementos de acordo com suas semelhanças e diferenças. Esse processo de agrupamento foi conduzido com base em critérios que garantiram coerência interna e consistência teórica, permitindo o estabelecimento de categorias temáticas que sintetizam os achados da pesquisa, que levou à identificação de duas categorias temáticas (Bardin, 2016).

Esse método permitiu a identificação e categorização de núcleos de sentido emergentes das falas dos participantes, possibilitou a organização dos dados em categorias analíticas que refletissem as demandas de cuidado relacionadas à sexualidade das MVHIV.

O material coletado foi revisado por outra pesquisadora, enfermeira, doutora e com ampla experiência no método utilizado. As transcrições das entrevistas também foram analisadas pela orientadora do estudo, a fim de identificar a necessidade de melhorias nas entrevistas. Durante a análise dos dados, eventuais divergências na interpretação das falas foram discutidas entre os pesquisadores do estudo. O processo envolveu revisões independentes das categorias e núcleos de sentido identificados, seguidas de reuniões para comparação e estabelecimento de consenso. Nos casos de discordância, as interpretações foram debatidas à luz dos objetivos da pesquisa, garantindo maior rigor e consistência na categorização e análise dos dados.

4.7 Aspectos éticos

O projeto de pesquisa foi desenvolvido considerando-se as recomendações éticas nacionais e internacionais para pesquisas envolvendo seres humanos de acordo com Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012 (Brasil, 2012).

O estudo foi autorizado pela SESAU através da Coordenadoria de Atenção Especializada (CRAE), pela Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) do HUMAP e o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul sob o parecer favorável nº 7.063.583 (Anexo A). Todos os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C/D), e lhes foram garantidos os direitos de livre participação, total sigilo em relação as informações fornecidas, e a possibilidade da participação voluntária a qualquer momento ao longo do estudo.

Antes do início da coleta de dados, foram esclarecidos os objetivos do estudo. A confidencialidade e anonimato das entrevistas foram garantidos. Para preservar o

anonimato dos participantes, estas foram nominadas com a letra M (Mulher) e um número identificador, seguida da idade e tempo de diagnóstico (ex: M2, 55 anos, 6m) e as letras PS (Profissional de saúde) e um número identificador, seguida da idade e categoria profissional (ex: PS2, 40 anos, Enf.).

5 RESULTADOS

O resultado do estudo está apresentado em forma de um artigo científico.

5.1 Artigo Original

Sexualidade de Mulheres Vivendo com HIV: Demandas de Cuidado e implicações para prática

Resumo

Objetivo: Conhecer a percepção sobre sexualidade e as demandas de cuidado na perspectiva de mulheres vivendo com HIV e profissionais de saúde. **Método:** estudo exploratório, de natureza qualitativa, realizado por meio de entrevista semiestruturada com 13 mulheres e nove profissionais de saúde, entre setembro e novembro de 2024, mediante entrevistas com 13 mulheres vivendo com HIV e 9 profissionais de saúde, em dois serviços de referência de uma capital da região Centro-Oeste brasileira. As entrevistas transcritas na íntegra foram submetidas à análise de conteúdo, modalidade temática **Resultados:** A sexualidade se apresenta como uma demanda de cuidado para as MVHIV, em especial por ser impactada pelo estigma, medo da transmissão e desafios emocionais, que resulta em isolamento e dificuldades nos relacionamentos. Por sua vez, os profissionais de saúde, sentem-se despreparados para abordar a saúde sexual de PVHIV devido a lacunas na formação, tabus culturais e falta de capacitação adequada. **Considerações finais:** elucida-se a necessidade de investimentos na formação dos profissionais em saúde com ênfase no cuidado integral e no fortalecimento de políticas públicas que garantam o direito ao cuidado à saúde sexual para além da doença.

Descritores: Mulheres. Infecções por HIV. Sexualidade. Saúde Sexual. Enfermagem.

Introdução

A infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) surgiu nas últimas décadas como um grave problema de saúde pública global, que impactou a vida de milhões de pessoas (Organização Mundial da Saúde, 2021). Com os avanços nas políticas públicas de combate ao HIV, à expansão do acesso ao diagnóstico precoce, às tecnologias em saúde às terapias antirretrovirais (ARVs), a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma condição crônica. Tais progressos reduziram a morbimortalidade e aumentaram a sobrevida das pessoas vivendo com

HIV (PVHIV). No entanto, a epidemia ainda se concentra em grupos vulneráveis, como as mulheres, devido a fatores estruturais, sociais e culturais (Lucas; Böschmeier; Souza, 2023).

Em 2023, foram notificados 46.495 casos de infecção pelo vírus no país, sendo 9,3% na região Centro-Oeste. As infecções em mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos) representaram 77,7% do total de casos femininos. Além disso, o aumento expressivo de casos entre mulheres com 50 anos ou mais, que passou de 12,8% em 2013 para 21,1% em 2023, elucida a necessidade de ações estratégicas direcionadas a essa parcela populacional (Brasil, 2024; Souza Junior *et al.*, 2023).

A feminização da epidemia do HIV, caracterizada pelo aumento da prevalência da infecção entre as mulheres, resulta de múltiplos fatores sociais, culturais e econômicos. As desigualdades de gênero, a violência sexual, o acesso limitado à educação e aos serviços de saúde são elementos que tornam as mulheres mais vulneráveis à infecção e dificultam o acesso a um cuidado integral (Company; Amaral; Santos, 2021; Brasil, 2023).

Nesse sentido, a assistência às MVHIV deve considerar particularidades dessa população, a fim de garantir respeito aos direitos sexuais, acesso à saúde reprodutiva e suporte adequado à vivência da sexualidade. Além disso, a oferta de informações claras e atualizadas é essencial para permitir decisões informadas, prevenindo a transmissão vertical e promovendo o acompanhamento pré-natal dentro das diretrizes nacionais (Kleinubing *et al.*, 2021).

A saúde sexual da MVHIV se apresenta, portanto, como um aspecto fundamental da assistência integral, pois envolve não apenas o direito ao prazer e à liberdade sexual, mas também a proteção contra infecções sexualmente transmissíveis (IST's) e a vivência da sexualidade livre de discriminação e violência (Organização Mundial da Saúde, 2020). Para as MVHIV, a saúde sexual adquire uma relevância ainda mais significativa, pois a soropositividade pode trazer desafios adicionais, como estigma, discriminação, dificuldades em estabelecer relações afetivas e medo de transmitir o vírus. Esses fatores afetam diretamente a vivência da sexualidade e a qualidade de vida dessas mulheres (Oliveira; Junqueira, 2020).

Diante desse cenário, as políticas internacionais de promoção da saúde sexual e reprodutiva têm reforçado a necessidade de integrar essa dimensão do cuidado às práticas assistenciais. Isso porque ao garantir o acesso a serviços de saúde sexual e reprodutiva de qualidade, promove-se a saúde e o bem-estar das mulheres e contribui para a redução das desigualdades de gênero (ONU, 2015), o que coaduna com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Organização

das Nações Unidas, em particular com o ODS 3 (Saúde e Bem-Estar) e o ODS 5 (Igualdade de Gênero).

Diante do exposto, torna-se fundamental investigar as demandas de cuidado relacionadas à saúde sexual das MVHIV. Para isso, delineou-se como a questão de pesquisa: Como MVHIV e profissionais de saúde percebem a sexualidade após o diagnóstico? Quais as demandas de cuidado em relação à sexualidade perspectiva de MVHIV e profissionais de saúde? Como objetivo definiu-se: Conhecer a percepção sobre sexualidade e as demandas de cuidado na perspectiva de mulheres vivendo com HIV e profissionais de saúde.

Método

Delineamento do estudo

Estudo exploratório com abordagem qualitativa. Os critérios estabelecidos pelo Consolidated criteria for reporting qualitative research – COREQ foram utilizados na elaboração do presente estudo, a fim de garantir o rigor metodológico necessário.

Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em dois serviços públicos de referência para o atendimento de pessoas com doenças infecciosas e parasitárias, localizados na região centro-oeste brasileira.

Participantes do estudo e critérios de seleção

Participaram do estudo MVHIV, com idade superior a 18 anos, que estavam em acompanhamento nos serviços de referência; e profissionais de saúde que atuavam no atendimento dessas mulheres há, no mínimo, seis meses. Como critérios de exclusão, considerou-se mulheres privadas de liberdade e com dificuldade neurocognitiva que a impossibilitasse de participar da pesquisa. Não foram incluídos profissionais que estavam de atestado médico no período da coleta de dados, em licença maternidade, participando de capacitações externas ou em período de férias.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2024, pela autora principal, enfermeira, especialista em saúde da mulher e mestrandia para minimizar vieses, por múltiplos coletores. A pesquisadora não possui vínculo trabalhista ou pessoal com os participantes. Inicialmente realizou-se uma visita nos dois serviços a fim de esclarecer os propósitos da pesquisa, proceder o convite aos profissionais para participarem e solicitar apoio na divulgação da pesquisa junto à MVHIV durante o atendimento delas. Para abordar as MVHIV, foram utilizadas estratégias distintas nos dois serviços participantes. No serviço A as mulheres foram convidadas durante consultas de rotina ou atendimentos de demanda espontânea. Já no serviço B, o convite foi

realizado as mulheres que compareciam para a coleta de CD4+, atividade realizada semanalmente. Em ambos os serviços, os profissionais apresentavam o estudo às mulheres. Caso demonstrassem interesse, elas eram encaminhadas a uma sala onde a pesquisadora as aguardava para detalhar o estudo. Após a explicação e aceite, as participantes podiam optar por realizar a entrevista imediatamente ou agendá-la para uma data e local de sua preferência. As entrevistas aconteceram no próprio serviço, conforme a solicitação dos informantes, com exceção de três participantes (MVHIV), que optaram por serem entrevistadas em suas residências. Em ambos os locais, a coleta ocorreu de forma tranquila e livre de interrupções.

Para a entrevista foi utilizado roteiro semiestruturado elaborado com base nos objetivos do estudo. Este, foi discutido junto aos participantes do grupo de pesquisa antes de ser utilizado, além da realização de teste piloto para avaliação da sua clareza e adequação. As entrevistas foram gravadas com auxílio do aplicativo “Gravador de voz” em um smartphone, com duração média de 30 minutos. O número de participantes foi definido a partir do critério de exaustividade e representatividade do corpus, garantindo que os dados analisados fossem suficientes para responder aos objetivos do estudo (Bardin, 2016). Para validar a saturação, as pesquisadoras envolvidas revisaram todos os dados coletados, o encerramento da coleta ocorreu quando as entrevistas não acrescentavam novos elementos relevantes à construção das categorias analíticas.

Análise dos dados

As entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas a análise de conteúdo, na modalidade temática (Bardin, 2016). O material coletado foi revisado por mais uma pesquisadora, Enfermeira, Doutora e com vasta experiência no método utilizado. O processo incluiu as seguintes etapas: leitura flutuante e exaustiva das falas para familiarização com o conteúdo, com a identificação de 68 unidades de sentidos. A exploração do material ocorreu análise das unidades de sentido com intuito de agrupa-las por similaridade, que originou dez núcleos de sentido. Por fim, uma análise detalhada, orientada pelo objetivo do estudo, resultou na identificação de duas categorias temáticas.

Durante a análise dos dados, possíveis discrepâncias nas interpretações das falas foram discutidas entre os pesquisadores envolvidos no estudo. O processo incluiu revisões independentes das categorias e núcleos de sentido identificados, seguidas de reuniões para comparação e consenso. Quando havia divergências nas interpretações, estas foram resolvidas por meio de discussão fundamentada nos objetivos do estudo. Esse procedimento visou assegurar maior rigor e consistência na categorização e interpretação dos dados.

Aspectos éticos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (Parecer nº 7.063.583). Cientes dos objetivos, benefícios e riscos da pesquisa, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, o estudo foi desenvolvido obedecendo a todos os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Para preservar o anonimato dos participantes, estas foram nominadas com a letra M (Mulher) e um número identificador, seguida da idade e tempo de diagnóstico (ex: M2, 55 anos, 6anos) e as letras PS (Profissional de saúde) e um número identificador, seguida da idade e categoria profissional (ex: PS2, 40 anos, Enf.).

Resultados

A pesquisa contou com a participação de 22 indivíduos, sendo 13 mulheres MVHIV e nove profissionais de saúde que atuam no cuidado dessas mulheres. Foram abordadas 20 mulheres, apenas uma não aceitou e seis declinaram do aceite no momento da entrevista. As mulheres tinham idades entre 27 e 73 anos, com média etária aproximada de 47 anos. O tempo de diagnóstico variou entre oito meses a 19 anos. O Quadro 01, apresenta a caracterização das MVHIV.

Quadro 01 – Caracterização MVHIV. Campo Grande, MS, 2024

Participante	Escolaridade	Ocupação	Estado Civil	Sorologia anti-HIV do parceiro atual
M01	Fundamental completo	Desempregada	Solteira	Sem parceiro
M02	Médio completo	Motorista de aplicativo (Empregada)	Casada	Positivo
M03	Médio completo	Autônoma (Empregada)	Casada	Positivo
M04	Fundamental completo	Aposentada	Amasiada	Negativo
M05	Superior completo	Analista financeira (Empregada)	Solteira	Sem parceiro
M06	Médio	Aposentada	Divorciada	Sem parceiro

	completo			
M07	Médio completo	Desempregada	Divorciada	Sem parceiro
M08	Médio completo	Empregada Operadora de caixa	Vive junto	Positivo
M09	Médio completo	Autônoma (Empregada)	Casada	Negativo
M10	Fundamental completo	Diarista (Empregada)	Separada	Sem parceiro
M11	Fundamental completo	Cuidadora de Idosos	Solteira	Negativo
M12	Superior completo	Enfermeira (empregada)	Casada	Negativo
M13	Fundamental completo	Diarista (Empregada)	Solteira	Negativo

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

Participaram também, nove profissionais de saúde, sendo oito mulheres e a idade variou entre 35 e 71 anos. O Quadro 02, apresenta as características dos profissionais.

Quadro 02 – Caracterização dos profissionais de saúde. Campo Grande, MS, 2024

Participantes	Profissão	Especialidade	Tempo de experiência profissional (anos)	Tempo de atuação no serviço (anos)
PS1	Enfermeira	Saúde da Família	> de 20 anos	1-5 anos
PS2	Enfermeira	Saúde da Mulher	11-20 anos	1-5 anos
PS3	Psicóloga	Orientação Analítica	> de 20 anos	> 10 anos
PS4	Enfermeira	Enf. do Trabalho e Obstétrica	> de 20 anos	> 10 anos
PS5	Enfermeira	Sem especialidade	> de 20	6-10 anos

			anos	
PS6	Enfermeiro	Saúde do Adolescente e Saúde Primária	1-5 anos	< 1 ano
PS7	Médica	Infectologista	11-20 anos	6-10 anos
PS8	Psicóloga	Psicologia Clínica	11-20 anos	6-10 anos
PS9	Médica	Ginecologista/Obstetra	> de 20 anos	> 10 anos

Fonte: Elaborado pela autora (2025)

A análise qualitativa dos dados permitiu a identificação de duas categorias descritas a seguir.

Sexualidade e HIV: Entre Estigmas, Impactos e Resignificações

Essa categoria elucida a sexualidade como uma demanda de cuidado e apresenta os desafios e complexidades enfrentadas pelas MVHIV. Revela como o estigma e os desafios emocionais impactam na vivência da sexualidade. Entre medos, culpas e preconceitos, emergem também histórias de superação e resignificação, que demonstram a força para reconstruir relações e resgatar o prazer.

Os participantes referiram que o estigma e o preconceito em relação à doença são potencializados pela transmissão sexual do HIV

“... eu já me perguntei isso muitas vezes, é um negócio muito interessante, porque tem N doenças sem cura, mas o estigma dessa, porque está atrelado ao ato sexual que é visto como vergonhoso, sujo, feio...acho que se eu chegasse em casa com diagnóstico de câncer eu era mais bem acolhida, todo mundo ia sair procurando uma forma de fazer minha vida mais confortável...” (M05, 43, 14 anos)

“Quem não fica fragilizado com qualquer CID que ganha? Você chegar lá e falar, você está com hipotireoidismo [...] vai afetar o dia a dia daquela pessoa. Então, imagina uma doença que é sexualmente transmissível [...].” (PS07, 42, Méd.)

Estes, constituem barreiras de comunicação sobre a sexualidade, cujas mulheres por vezes, evitar falar sobre o assunto para não serem julgadas e também procuram não se relacionar com mais ninguém, após a infecção pelo vírus, principalmente pelo medo da transmissão:

“Porque as pessoas vão ficar reparando depois, ah lá, está com HIV, quer transar...eu queria saber se todo mundo que tem HIV pensa assim igual eu, mas não converso com ninguém.” (M02, 43, 15 anos)

“Uma ou duas vezes a gente fez sexo, passou uns dias, uns tempos, ele ficou gripado. Você não tem noção. Como é que eu fiquei. Sabe aquela carga, aquele peso. Ele pegou. E ele dizia: não tem como, não tem como, não existe essa possibilidade. Mas na cabeça da gente, a gente se martiriza, se tortura.” (M07, 51, 10 anos)

“Eu acho que piora bastante a vida sexual. Elas trazem uma dificuldade maior de se envolver. Medo de passar o vírus, medo de ser descoberto, medo do preconceito do parceiro, de falar alguma coisa...” (PS08, 42, Psicol.)

Do mesmo modo, as mulheres com parceiros fixo também apontaram o impacto da doença na vivência da sexualidade:

“[...]a gente deu aquela afastada, sabe? Continuava tendo relação, aquela coisa morna, sem graça. Eu acho que naquele momento eu perdi o desejo...” (M07, 51, 10 anos)

“Quando acontece, acontece (sexo). Mas aquilo não é igual ao que eu queria que fosse. E eu não falo nada, porque ele é muito bravo” (M02, 43, 15 anos)

Especialmente, nos casos cuja a transmissão pelo parceiro ocorreu em situação de relação extraconjugal:

“No começo a gente usava [preservativo], aí como eu peguei confiança nele, ele não me contou que tinha algum problema e ele parou de usar o que eu peguei. Ele já sabia e não me falou... ele sabia que ele tinha, mas ele não fazia o tratamento.” (M10, 54, 10 anos)

“...ela está fragilizada e muitas vezes são mulheres que tiveram um relacionamento sério com um parceiro, tiveram filhos e foram traídas. Então vem o problema não só de adquirir uma doença, mas a traição. E existem mulheres idosas que ficaram casadas anos e anos com marido, aí descobrem.” (PS07, 42, Méd.)

Houve ainda os participantes que destacaram a interrupção da vida sexual após a infecção:

“...tem umas que não transam mais. Principalmente as que eram casadas e que o marido transou com outra e que pulou a cerca e daí trouxe o HIV para dentro de casa.” (PS03, 71, Psicol.)

“... eu acho que eu gostava de sexo... eu peguei um trauma, porque além de fazer isso [Infecção HIV], ele me agredia muito, sabe? Então, eu tenho um trauma mesmo. Eu não quero mais saber de jeito nenhum.” (M01, 45, 8 meses)

Contudo, algumas mulheres vivenciam a ambivalência entre o desejo de se relacionar e as barreiras emocionais e sociais enfrentadas.

“[...] eu tenho [desejo sexual], mas, no mesmo tempo, eu tenho medo. Eu tento me soltar, assim, você entendeu? Relaxe, aí depois vem, assim, na minha cabeça, eita, eu tenho [HIV].” (M13, 53, 6 anos).

E por vezes, buscam formas de ressignificar suas experiências, seja através do autocuidado ou da busca por apoio emocional, a fim de superar os desafios:

“...no meu pensamento, eu falava assim: eu não vou arrumar mais ninguém, [...] agora que eu conheci uma pessoa e ele falou assim: é eu e você, tudo que acontecer a respeito de mim ou de você, é para falar para o outro. Ai eu me senti segura em falar...” (M09, 27, 9 anos)

“Eu fiquei 10 anos da minha vida, só cuidando de mim e dos meus filhos. Porque na minha cabeça, se eu fosse namorar alguém, eu não queria enganar a pessoa, eu tinha que falar para ele sobre a situação [HIV]. Hoje em dia é maravilhoso.... Porque encontrei a pessoa certa demorou tanto que eu achei até que nem existia, mas existe. “... o que influencia eu ter essa vontade é ele, é o tratamento que a pessoa me dá... você responde como você é tratada.” (M11, 46, 15 anos)

“...no começo, quando a gente namorava eu não tinha prazer, eu não conseguia. Não conseguia chegar [orgasmo] porque eu bloqueava isso. Então, parece que eu tinha um medo. Hoje, não.” (M12, 33, 3 anos)

As vivências mostram que, para muitas mulheres, a sexualidade se tornou uma experiência marcada por medo, culpa e dúvidas, mas também destacam elementos que contribuem para ressignificação, principalmente por meio do apoio emocional e do fortalecimento do autocuidado.

Desafios e perspectivas para Formação Profissional: Um Olhar para a Saúde Sexual de MVHIV

Essa categoria aborda as lacunas e desafios na formação e capacitação de profissionais de saúde para a atenção integral à saúde sexual de MVHIV. A insuficiência de preparação técnica e emocional durante a graduação, a carência de abordagens sistemáticas sobre sexualidade e a necessidade de formação continuada para lidar com temas sensíveis e complexos, foram fatores destacados.

Os treinamentos e as capacitações oferecidas aos profissionais, possuem como enfoque o manejo clínico dos casos de HIV:

“Já fiz vários cursos de, por exemplo, acolhimento, testagem rápida, capacitações do PCDT, que é o protocolo clínico. Então, a gente tem que fazer uma carga horária X por ano de capacitações e comprovar.” (PS04, 54, Enf.)

Assim, as orientações fornecidas às MVHIV são referentes a questões preventivas e de adesão ao tratamento:

"Pergunto a questão da saúde da mulher mesma. (...) se ela está tomando os devidos cuidados nas relações sexuais, porque ela pode pegar outras IST's e também a questão se eu vejo que ela está emocionalmente abalada. (...). É claro que sempre enfatizando o uso regular do TARV, para que ela não venha, no caso, se ela tiver uma carga viral indetectável (...)." (PS01, 46, Enf.)

"...sempre perguntamos a questão de parceiro, de prevenção. Mesmo a gente falando, elas já sabem. A maioria já sabe. Quando estão com carga viral indetectável, sustentada por mais de seis meses, é intransmissível. A gente orienta, mesmo sendo intransmissível, sempre usar proteção, preservativo pelas ISTs, não somente pelo HIV." (PS02, 40, Enf.)

"Ela falou assim... Sempre que você sair com alguém, você usa preservativo. Porque você vai proteger seu parceiro e vai se proteger porque você corre o risco de pegar outras infecções." (M11, 46, 15anos)

"...eles falaram, você não vai precisar se preocupar com essa coisa de alimentação, essas coisas não passam, mas se você for transar com o seu parceiro, você arrumar um parceiro, você tem que sentar e explicar para ele, se quiser vir aqui para gente conversar..." (M09, 27, 9 anos)

Ou ainda, centradas em aspectos mais amplos do autocuidado e da vivência sexual:

"Desde relatar para elas o cuidado, a importância da pele. Informar que o paciente que está indetectável não transmite. Que ela pode ter a vivência sexual. Avaliar questões de autoimagem. Por conta de depressão, ansiedade também." (PS06, 35, Enf.)

"As regras da mulher, o preventivo, atividade física, alimentação, a ingesta hídrica, a rede de apoio, a parte do trabalho e do lazer, que elas têm que ser compactuadas. Sempre que a pessoa está aberta eu oriento a fazer terapia, encaminhando para o psicólogo. Eu acho que é isso. Vir nas consultas, tomar o remédio. Eu sempre explico para eles o que é o HIV e o que isso implica na vida deles." (PS07, 42, Méd.)

A sexualidade, por vezes não é reconhecida como uma dimensão de cuidado:

"[...] não pensei em nenhum momento em falar sobre sexualidade. Pensei, tipo, ah, será que isso é um problema para ela? Sabe? Não relacionei o HIV ser um problema." (PS05, 43, Enf.)

"A maioria, quando tem uma necessidade, a mulher fala. Então, você está sentindo alguma coisa, uma dor, alguma coisa, percebe algo diferente, a mulher fala." (PS06, 35, Enf.)

"Eu acredito que ninguém aborda. Só se for ginecologista. Eu acho que seja a única ou a psicólogo. Principalmente se essa mulher tiver um trauma relacionado à sexualidade." (PS01, 46, Enf.)

Quando indagados sobre o preparo para o cuidado à saúde sexual de MVHIV, os profissionais apontaram lacunas no processo de formação:

"Não foi falado. Eu não sei se é porque faz muitos anos que eu me formei, mas eu não me recordo de ter tido, só aquela coisa básica, métodos contraceptivos, IST's, mas, entrar na questão da sexualidade em si.... Não, não. " (PS01, 46, Enf.)

"Eu passei, sei lá, tem uns 15 anos já que estou na área da medicina. A gente não é ensinado a falar sobre isso. A gente não aprende esses assuntos na faculdade. São coisas assim que são negligenciadas. " (PS07, 42, Méd.)

E destacaram ainda, a dificuldade em abordar a saúde sexual de forma integral devido à falta de preparo técnico e emocional:

"...eu não sei se eu me sinto preparada de ter as perguntas certas. Para entender, realmente, o que seria essa sexualidade para ela, assim, sabe?" (PS05, 43, Enf.)

"Não estou preparada, nem um pouco. Vamos falar bem a verdade, muitas vezes nem o próprio profissional de saúde, que está atendendo, tem uma experiência boa ou tem conhecimento do assunto para poder passar para alguém ou abordar" (PS07, 42, Méd.)

"Eu acho que existe uma certa proteção da minha parte, uma timidez minha e um despreparo." (PS01, 46, Enf.)

A ausência de abordagem do assunto é destacada pelas MVHIV como uma lacuna na assistência:

"Praticamente todas as minhas consultas, nunca houve nenhum sentido de falar de outro assunto, além de carga viral e medicação... Eu fico perdendo, sabe assim, crença no profissional de saúde. Às vezes eu sei mais que ele, porque eu sei de mim, e ele está tratando os pacientes dele como se fosse tudo robô com a mesma forma. " (M05, 43, 14 anos)

"Tipo assim, podia a pessoa perguntar, assim, se eu estava tendo contato, relacionamento com alguém? " (M06, 68, 6 anos)

"Não teve mais orientação mesmo. Porque eles veem que a gente já é casal ali. Entendeu? Ai, não falam. " (M03, 41, 19 anos)

Essa percepção de despreparo culmina, por vezes, em não abordarem o tema na rotina assistencial:

“Mas eu me sinto à vontade, preparada às vezes eu não estou... Então, quando a gente não está preparada, a gente evita iniciar o assunto, porque você não vai saber como conduzir.” (PS04, 54, Enf.)

Quando abordado, é mediado por vínculos estabelecidos entre o profissional e o paciente.

“Porque eu acho que você precisa ter um vínculo para ele falar a verdade. Conforme tem mais liberdade, as pacientes se abrem.” (PS09, 49, Méd.)

“Geralmente não é na primeira, segunda vez. Como eu sei que eu vou ter outras oportunidades outras, numa sequência de cada 15 dias, eu entrar em contato novamente com esse paciente, então eu não fico ansiosa para já fazer essa abordagem. Eu deixo a coisa fluir naturalmente.” (PS04, 54, Enf.)

No entanto, o vínculo é frequentemente dificultado pela falta de tempo e pelo foco excessivo em aspectos biomédicos do cuidado, como identificado nas falas:

“E quando não tem vínculo a gente não consegue abordar esses temas. Não tem tempo e fica mais difícil.” (PS06, 35, Enf.)

“Mas não tenho essa intimidade, às vezes não me sinto à vontade de falar sobre sexualidade, porque eu vejo que elas não buscam essa informação. Aí acaba que eu não entro nesse assunto” (PS05, 43, Enf.)

“Saúde, medicação no sentido assim... Ah, teve alguma doença? Essa é a pergunta de prática praticamente sempre. Perdeu peso rapidamente? ...o restante da saúde não é problema deles.” (M05, 43, 14 anos)

Ainda, destacam que a abordagem necessita ser sensível e respeitar os limites de modo a priorizar uma comunicação eficaz.

“...melhorando minha técnica de comunicação, acolhendo aquele indivíduo, sentindo o quão receptivo ele está para conversar naquele dia e se eu vejo que naquele dia não vai rolar, eu vou para o outro dia.” “Então aí eu vou vendo. Quando vejo que a pessoa está receptiva, vou falando. Se vejo que não, tento perguntar de uma forma mais leve.” (PS07, 42, Méd.)

Outros elementos apontados como barreiras para falar sobre saúde sexual foram o tabu cultural e a vergonha:

“Acho que também o tabu, a vergonha, a cultura dos profissionais. Ou ambos, acho que ambos. Porque eu acho que o profissional vai ficar meio desconcertado em tocar no assunto.” (PS01, 46, Enf.)

“Elas têm vergonha, também tem um pouco de negação, tem medo do julgamento, também tem muitas pacientes, também que até a orientação sexual elas têm medo de falar, a orientação sexual por medo de serem julgadas.” (PS09, 49, Méd.)

Além disso, a concepção de que mulheres mais velhas têm receio em falar sobre sexualidade, devido a contextos culturais e geracionais, foi mencionada:

“Uma mulher de 50, 60 anos, ela veio de um mundo onde a mulher não estudava, onde a mulher não trabalhava, onde a mulher não podia ter prazer, ainda mais falar de sexo, não podia, onde a mulher tinha que ser submissa, aceitar tudo o que o homem queria. Quem dava as cartas eram os homens. Então é muito difícil elas falarem.” (PS07, 42, Méd.)

“...vamos supor que se fosse uma mulher jovem, para você conversar, talvez para ela seria uma coisa mais... Como eu posso dizer... Natural. Agora uma pessoa de 60 anos consegue falar sobre isso (sexualidade).” (PS01, 46, Enf.)

Os participantes destacaram que quando ocorre, é a partir das demandas da própria mulher: *“A gente vê o paciente como um todo. É o que ela quer falar. Se ela não aborda a questão sexual, eu também não questiono. (...) Na medida em que ela vai trazendo as coisas, é que a gente vai conversando sobre, inclusive, sobre a saúde sexual”.* (PS03, 71, Psicol.)

“Geralmente é mais um cuidado mais físico do que... E elas não têm muita atenção para o próprio corpo, com o próprio prazer também. Elas evitam até tocar nesse assunto.” (PS08, 42, Psicol.)

Os desafios culturais, sociais e de formação para abordar a saúde sexual de MVHIV como demanda de cuidado somam-se às limitações estruturais e organizacionais do próprio processo de trabalho, o que reforça a necessidade de investimentos em educação continuada e interdisciplinares.

Discussão

As demandas de cuidados relacionados à promoção da saúde sexual de MVHIV abrangem desafios que perpassam o estigma associado à doença, as dificuldades na vivência da sexualidade e as lacunas na abordagem dessa temática pelos profissionais de saúde.

As experiências relatadas pelos participantes demonstram como o preconceito, as barreiras emocionais e as práticas assistenciais ainda centradas no modelo biomédico e no tratamento medicamentoso, podem influenciar na promoção da saúde sexual de MVHIV. Essas questões

destacam a necessidade do cuidado integral e–direcionado a todas as dimensões da saúde. Dentre estas dimensões destaca-se a saúde sexual como é uma dimensão essencial do cuidado integral a qual deve ser promovida por meio, do acesso à informação, aos serviços de saúde e à vivência da sexualidade de forma segura e satisfatória, livre de discriminação, coerção e violência (OMS, 2020). Dessa forma, abordar a saúde sexual como uma dimensão de cuidado implica oferecer atenção integral que reconheça sua complexidade, promova práticas de autocuidado e um atendimento especial às necessidades individuais.

A literatura reforça que a saúde sexual está diretamente associada à qualidade de vida, influenciada por aspectos como autoestima, relacionamentos interpessoais e prevenção de IST's (OPAS, 2021).

O HIV, embora seja classificado como um agravo crônico devido aos avanços terapêuticos que permitem o controle da infecção, difere significativamente de outras condições crônicas pela sua associação a um estigma social histórico, cultural e moralista. Este estigma é ampliado pela via de transmissão sexual, frequentemente relacionado a comportamentos considerados desviantes ou imorais, o que dificulta sua acessibilidade social e a abertura sobre o diagnóstico (Fonseca *et al.*, 2020). Mesmo após mais de quatro décadas do início da epidemia, o estigma associado ao HIV permanece uma barreira importante, que gera medo, vergonha e isolamento das pessoas que vivem com o vírus (Muniz; Brito, 2022).

No presente estudo, os participantes destacam o fato de viver com HIV como uma condição que expõe a vulnerabilidades sociais e morais quando comparado com outras doenças crônicas, como hipertensão ou diabetes por exemplo, que são tratadas com maior naturalidade. Essa diferenciação reforça o peso emocional do diagnóstico de HIV, que muitas vezes é ocultado para evitar julgamentos e discriminação, o que afeta não apenas a saúde mental, mas também a adesão ao tratamento, as relações sociais e as oportunidades de promoção da saúde (Fonseca *et al.*, 2020). Diante disso, é fundamental que os serviços de saúde considerem o impacto do estigma no planejamento do cuidado e criem um ambiente de acolhimento e sensibilização para reinventar essas vivências.

No presente estudo o estigma e o preconceito foram destacados como barreiras para a comunicação sobre a sexualidade, verificada por meio do silêncio das MVHIV sobre o diagnóstico e à restrição de seus relacionamentos afetivos. Tais relatos dialogam com a literatura, que destaca como o HIV está intrinsecamente associado a preconceitos morais e sociais, construídos

historicamente, que perpetuam um ciclo de discriminação e isolamento (Fonseca *et al.*, 2020; Sá; Santos, 2018).

Os participantes referiram que, o impacto emocional do medo de exclusão e de ser descoberto como soropositivo agravam as dificuldades na vivência da sexualidade e no estabelecimento de vínculos afetivos. Esses resultados corroboram com a literatura que enfatiza a necessidade de intervenções que promovam a ressignificação da sexualidade e a criação de espaços seguros para a discussão do tema, como forma de reduzir as barreiras impostas pelo estigma (UNAIDS, 2019).

No que tange a vivência da sexualidade por MVHIV com parceiros fixos, especialmente em situações cuja transmissão ocorreu após a descoberta de relação extraconjugal, muitas mulheres enfrentam dificuldades para lidar com a traição e o impacto emocional de saber que contraíram o vírus em contextos de rompimento da confiança, o que pode levar até mesmo a interrupção da vida sexual (Reis; Gir, 2010). Essas mulheres frequentemente enfrentam um ciclo de estigmatização interna e medo de reviver situações traumáticas. A traição, além de romper a confiança, reforça a percepção negativa da sexualidade, leva a uma dissociação entre desejo e prática sexual, marcada por traumas emocionais (Suto *et al.*, 2023).

Contudo, algumas mulheres após o diagnóstico, referem o desejo de se relacionar mas sentem-se paralisadas pelo estigma e medo da rejeição do parceiro, que reflete o impacto psicológico e social do diagnóstico. Esses resultados corroboram com Carvalho e Monteiro (2021), que enfatizam como as desigualdades de gênero e as normas tradicionais afetam a autonomia das mulheres na vivência de sua sexualidade.

Mesmo diante desse contexto, algumas participantes desde estudo destacaram a possibilidade de ressignificar as experiências ao longo do tempo e superar as barreiras emocionais e sociais. Isso torna-se possível com o estabelecimento de relações saudáveis, ancorados na comunicação aberta e pelo suporte mútuo (Suto *et al.*, 2023). Contudo, vale salientar que este é um processo individual e contínuo, influenciado por fatores sociais, culturais e psicológicos.

A ressignificação dessas vivências está intimamente relacionada ao suporte recebido – seja ele de profissionais de saúde, grupos de apoio ou parceiros. A busca por informações precisas sobre o HIV, orientações sobre o uso do preservativo, a ampliação da discussão sobre o tratamento antirretroviral, incluindo a PrEP e ações educativas voltadas ao conhecimento do corpo, ao prazer também são algumas abordagens que auxiliam na reconstrução da autoestima e na retomada da vida sexual de forma satisfatória e segura (Carvalho; Monteiro, 2021; Da Silva *et al.*, 2023).

Cabe destacar que, para que seja possível os suportes ofertados pelos profissionais tornarem-se necessários treinamentos e capacitações com enfoque na abordagem ampliada da saúde e do cuidado. Isso porque, a abordagem limitada aos aspectos clínicos do cuidado acaba por não atender questões subjetivas e emocionais, o que resulta na perpetuação de lacunas no cuidado e na dificuldade de incluir questões de saúde sexual, por exemplo, nas práticas cotidianas dos profissionais de saúde (Ugalde *et al.*, 2020). Essa abordagem fragmentada revela uma lacuna na prática assistencial, que ainda não reconhece a sexualidade como um componente essencial do bem-estar e da qualidade de vida (Spader, Pires, Silva, 2022; Da Silva *et. al.*, 2023).

Desse modo, a abordagem da sexualidade, pelo profissional de saúde, é limitada quando às MVHIV apresentam a demanda durante o atendimento. Ademais, os estigmas culturais e sociais relacionados à sexualidade em mulheres também permeiam as diferentes faixas etárias, como por exemplo a ideia equivocada de que mulheres mais velhas não têm interesse ou necessidade de discutir sua sexualidade (Souza Júnior *et al.*, 2023). Reitera-se que tabus culturais moldam a forma como a sexualidade é percebida e tratada e limita sua inclusão como uma dimensão integral do cuidado, pela dificuldade dos profissionais em lidar com aspectos subjetivos, especialmente em contextos culturais que reforçam estigmas de gênero e faixa etária (Aguiar; Leal; Marques, 2020; Souza Júnior *et al.*, 2023).

Do mesmo modo, o constrangimento e a falta de preparo emocional entre os profissionais, perpetuam o silêncio em torno do tema, restringindo o cuidado às questões biológicas e negligenciando os aspectos emocionais e culturais (Nogueira; Pachú, 2021). Por vezes, os profissionais de saúde não se sentem preparados para discutir a sexualidade de forma integral, o que reflete lacunas na formação acadêmica como também em capacitações oferecidas pelo serviço, o que compromete a capacidade dos profissionais de abordar temas como prazer, autoimagem e vivências afetivas (Wilson *et. al.*, 2010; Da Silva *et. al.*, 2023). Consequentemente, a inexistência de diálogo sobre o assunto, torna os pacientes menos propensos a buscar apoio ou discutir abertamente suas necessidades e desejos sexuais (Ugalde *et al.*, 2020).

Os participantes profissionais afirmam que os currículos de graduação não contemplam a sexualidade como uma dimensão integral do cuidado, limitando-se a tópicos básicos como métodos contraceptivos e IST's. Essa negligência curricular também é destacada por Nascimento e Machin (2024), que identificou que a formação médica ainda prioriza uma visão biomédica, que desconsidera as dimensões socioculturais e emocionais da sexualidade.

A comunicação no cuidado às MVHIV deve ser sensível, adaptada ao contexto individual e aos limites de cada paciente. Essa prática não apenas promove uma relação de confiança, mas também permite que questões relacionadas à sexualidade sejam discutidas de maneira mais natural e menos invasiva (Carvalho; Monteiro, 2021).

Considerações finais

Os resultados do presente estudo, elucidam como demanda de cuidado, a inclusão das questões referentes à sexualidade, na assistência às MVHIV. Torna-se premente discussões quanto a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de saúde, com a implementação de políticas públicas que promovam a saúde sexual de forma transversal e a capacitação contínua dos profissionais para um atendimento humanizado e livre de julgamentos. Ao empoderar as mulheres e garantir um ambiente acolhedor, é possível superar os estigmas e tabus que ainda cercam a sexualidade no contexto do HIV e contribuir com a promoção da saúde dessa parcela populacional.

Acredita-se que a amostra limitada pode constituir uma limitação do estudo, não refletir completamente a diversidade de experiências vividas por MVHIV e equipes de saúde. Contudo, vale salientar que os tabus e preconceitos relacionados à temática, podem ter influenciado a decisão de algumas mulheres em participar do estudo. Contudo, os resultados encontrados podem oferecer subsídios para o planejamento de políticas públicas que resgatem a saúde sexual como um elemento essencial do cuidado integral às pessoas que vivem com HIV, sendo esta uma dimensão do cuidado integral.

Sugere-se que estudos futuros incluam os parceiros das MVHIV a fim de ampliar os subsídios para o planejamento de intervenções de cuidado à saúde sexual no contexto do HIV.

Referências

Aguiar, R. B.; Leal, M. C. C.; Marques, A. P. DE O. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 25, n. 6, p. 2051-2062, 2020.

Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.18432018> Acesso em: 25 jan. 2025

Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. **Diretrizes e estratégias para o enfrentamento ao HIV/aids e outras IST's para mulheres em situação de vulnerabilidades** [recurso eletrônico] Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_estrategias_mulheres_vulnerabilidade.pdf ISBN 978-65-5993-468-3

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

[br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf](https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720) Acesso em: 29 jan. 2025

Carvalho, J. M. R.; Monteiro, S. S. **Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/AIDS sobre reprodução, sexualidade e direitos.** *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 6, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00169720> Acesso em: 23 jan. 2025

Company, L. N. S., Amaral, D. M., Santos, R. N. O. L. **HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise.** *Rev. Bioét.* v.29 n.2, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292475> Acesso em: 31 jan. 2025

Da Silva, B. G. *et. al.* **Vivência da sexualidade de mulheres que convivem com o HIV: ressignificação e implicações para a prática da enfermagem.** *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES, [S. l.]*, v. 16, n. 7, p. 5863–5880, 2023. Disponível em: <https://ojs.revistacontribuciones.com/ojs/index.php/clcs/article/view/1118>. Acesso em: 23 jan. 2025.

Fonseca, L.K.S *et al.* **Análise da estigmatização no contexto do HIV/AIDS: Concepções de Pessoas que Vivem com HIV/AIDS.** *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 2, e14757, 2020. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202020000200007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 21 jan. 2025

Kleinubing, R. E. *et al.* **Construção de uma linha de cuidado para atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV.** *Escola Anna Nery*, v. 25, n. 5, p. E20210033, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0033> Acesso em: 31 jan. 2025

Lucas, M. C. V. Böschemeier, A. G.; Souza, E. C. F. DE. **Sobre o presente e o futuro da epidemia HIV/Aids: a prevenção combinada em questão.** *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, v. 33, p. E33053, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-7331202333053> Acesso em: 31 jan. 2025

Muniz, C.G; Brito, C. **O que representa o diagnóstico de HIV/AIDS após quatro décadas de epidemia?** *Saúde em Debate*, v. 135, pág. 1093-1106, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213510> Acesso em: 22 jan. 2025

Nascimento, A.; Machin, R. **Gênero e sexualidade no currículo médico: Uma perspectiva de professores de um curso de graduação em Medicina.** *Interface*, v. 28, pág. e220628, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/interface.220628> Acesso em: 25 jan. 2025

Nogueira, A. J. DA S; Pachú, C. O. **Sexualidade da mulher e autocuidado no âmbito da Atenção Primária à Saúde: uma revisão integrativa.** *Research, Society and Development*, v. 10, n. 15, e95101522157, 2021. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i15.22157> Acesso em: 25 jan. 2025

Oliveira, M. DE M. D.; Junqueira, T. L. S. **Mulheres que vivem com HIV/aids: vivências e sentidos produzidos no cotidiano.** *Revista Estudo Feministas*. v. 28, n. 3, p. E61140, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361140> Acesso em: 31 jan. 2025.

Organização Das Nações Unidas (ONU). *Transformando Nosso Mundo: Uma Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável*. 2015. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>. Acesso em: 28 jan. 2025.

Organização Mundial Da Saúde (OMS). Global progress report on HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections. Accountability for the global health sector strategies 2016–2021: actions for impact, 2021. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240027077> Acesso em 28 jan. 2025

Organização Mundial Da Saúde (OMS). **Saúde sexual, direitos humanos e a lei** [e-book] / Organização Mundial da Saúde; tradução realizada por projeto interinstitucional entre Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal do Paraná, coordenadores do projeto: Daniel Canavese de Oliveira e Maurício Polidoro - Porto Alegre: UFRGS, 2020. 88 p. : il. Título original: Sexual health, human *rights* and the law ISBN 97865-86232-36-3 Acesso em 21 jan. 2025

Reis, R. K.; Gir, E. **Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 44, n. 3, p. 759-765, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000300030> Acesso em: 23 jan. 2025

Sá, A.A.M.; Santos, C.V.M.A. **vivência da sexualidade de pessoas que vivem com HIV/AIDS**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 4, pág. 773-786, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703000622017> Acesso em: 22 jan. 2025

Souza Júnior, E. V. DE. *et al.* **Sexualidade como fator associado à qualidade de vida da pessoa idosa**. Escola Anna Nery. v. 27, p. e20220228, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2022-0228pt> Acesso em: 22 jan. 2025

Spader, A.R; Pires, F.S.; Silva, N.M. **Mapas corporais narrados: estudo de caso sobre cuidado e viver de mulheres com HIV**. *Saúde em Debate*, v. 135, pág. 1123-1138, 2022. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213512> Acesso em: 24 jan. 2025

Suto, C. S. S. et al. **Sexualidade de mulheres vivendo com HIV: é complicado**. *REVISA*, v. 12, n. 2, p. 350-360, 2023. Disponível em: <https://rdcsa.emnuvens.com.br/revista/article/view/143> Acesso em: 23 jan. 2025

Tong, A. T.; Sainsbury, P.; Craig, J. **Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups**. *Int J Qual Health Care.*, v. 19, n.6, p. 349-357, Dez. 2007. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

Ugalde, C. *et al.* **Virus de imunodeficiencia humana: actitudes y conocimientos de profesionales de salud en Santiago, Chile**. *Revista Chilena de Infectología*, v. 38, n. 5, p. 489-496, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.59334/ROV.v1i32.378> Acesso em: 24 jan. 2025

UNAAIDS. **Índice de Estigma em relação às pessoas que vivem com HIV/AIDS no Brasil**. Brasília: UNAAIDS, 2019. Acesso em: 22 jan. 2025

Wilson, T.E. *et al.* Infecção por HIV e funcionamento sexual feminino. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, v. 54, n. 4, p. 360–367, 2010. Disponível em: doi: 10.1097/QAI.0b013e3181d01b14. Acesso em: 24 jan. 2025

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou identificar as demandas de cuidado relacionadas à promoção da saúde sexual de MVHIV, ao analisar suas percepções e as perspectivas dos profissionais de saúde envolvidos no atendimento. Os achados elucidam que a sexualidade dessas mulheres ainda é um tema pouco explorado na assistência à saúde, frequentemente negligenciado ou reduzido a aspectos reprodutivos e preventivos, sem a devida consideração dos aspectos emocionais, sociais e psicológicos envolvidos.

Nos discursos das mulheres, verifica-se que a atenção recebida nos atendimentos clínicos costuma focar na adesão à terapia antirretroviral e na prevenção da transmissão vertical, sem espaço para discussão sobre desejo, prazer e vivência da sexualidade de forma segura e satisfatória. Dessa forma, a assistência prestada à MVHIV muitas vezes desconsidera aspectos fundamentais do seu bem-estar e autonomia, que resulta em um cuidado fragmentado e insuficiente. Além disso, percebe-se que elas enfrentam barreiras significativas para exercer sua sexualidade de forma plena, em decorrência do estigma social, o medo da transmissão do vírus, as dificuldades em estabelecer relações afetivas e a carência de espaços para dialogar sobre suas questões sexuais.

Do mesmo modo, os profissionais relatam dificuldades em abordar o tema, apontam lacunas na formação acadêmica, falta de capacitação continuada e barreiras estruturais dos serviços de saúde que dificultam uma abordagem integral referente a saúde sexual dessas mulheres. Nossos achados corroboram estudos anteriores que evidenciam a necessidade de melhorias na formação dos profissionais de saúde para lidar com a saúde sexual de forma abrangente e sensível.

Diante desse contexto, torna-se necessária a implementação de estratégias que qualifiquem o cuidado em saúde sexual das MVHIV. Sugere-se ações de capacitação de profissionais para uma abordagem mais sensível e ampla da sexualidade, a inserção/aprofundamento do tema na formação acadêmica e a construção de espaços de acolhimento nos serviços de saúde, que garantindo que essas mulheres possam expressar suas dúvidas e vivências sem receios de julgamento ou discriminação.

Além disso, é fundamental que as políticas públicas em saúde fortaleçam a abordagem da sexualidade como uma dimensão essencial do cuidado às PVHIV, que promovam o direito ao prazer, à autonomia corporal e à construção de relações saudáveis. O fortalecimento da educação em saúde sexual também se faz necessário, tanto para as usuárias quanto para os profissionais, visando desmistificar tabus e favorecer um cuidado centrado na integralidade e nos direitos das mulheres.

Assim, considera-se que os resultados desta pesquisa contribuem para ampliar a compreensão sobre a saúde sexual das MVHIV e oferecem subsídios para discussões e planejamento de transformações estruturais e culturais nos serviços de saúde.

Acredita-se que tabus culturais, estigma social e o receio de exposição, possivelmente influenciou a decisão de algumas mulheres em participar da pesquisa, o que pode ter limitado a amplitude das perspectivas encontradas.

Recomenda-se o desenvolvimento de pesquisas que ampliem o escopo da investigação, que inclua, por exemplo, a participação dos parceiros das MVHIV. Essa abordagem permitiria uma compreensão mais aprofundada das dinâmicas relacionais, dos desafios enfrentados pelos casais e das estratégias para promover o cuidado compartilhado. Além disso, pesquisas que explorem diferentes contextos assistenciais e perfis populacionais podem contribuir para o desenvolvimento de intervenções mais abrangentes e direcionadas às reais necessidades desse público.

REFERÊNCIAS

Araújo B.C. *et al.* **Saúde sexual e reprodutiva de mulheres com HIV/aids**: revisão integrativa. Rev. Eletr. Enferm. [Internet]. 2021 [acesso em:10/05/2023];23:67527. Disponível em: <https://doi.org/10.5216/ree.v23.67527>

Baird, S. L., Alaggia, R., Jenney, A. “**Like Opening Up Old Wounds**”: Conceptualizing Intersectional Trauma Among Survivors of Intimate Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence, v. 36. 2021. Disponível em: <https://doi-org.ez51.periodicos.capes.gov.br/10.1177/0886260519848788>

Barros, A. N. de *et al.* Barriers faced by women living with HIV in the affective-sexual relationship: integrative review. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 10, n. 13, p. e425101321530, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/21530>.

Brasil. [Constituição (1988)]. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, DF: Presidente da República. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf.

_____. Ministério da Saúde. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: uma prioridade do governo. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para a equipe multiprofissional**. Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 21, de 25 de maio de 2017. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, ano 139, n. 101, p. 1-73, 25 de maio 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sctie/2017/prt0021_29_05_2017.html

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf>

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a distribuição do autoteste de HIV no Brasil** [recurso eletrônico] Brasília, 2022. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/aids/diretrizes-para-a-distribuicao-do-autoteste-de-hiv-no-brasil_compressed-1.pdf

Bardin, L. Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70 LDA, 2016.

Bossonario, P. A. et al. **Fatores de risco à infecção pelo HIV entre adolescentes e jovens: revisão sistemática.** Revista Latino-Americana de Enfermagem. v. 30, n. spe, p. e3697, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6264.3697>

Carvalho, J. M. R., Monteiro, S. S. **Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos.** Cad. Saúde Pública. v. 37, n.6, 2021. Doi: 10.1590/0102-311X00169720. Acesso em: 02/10/2023

Carvalho P. P. *et. al.* **Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura.** Ciência & Saúde Coletiva, 24(7):2543-2555, 2019 Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>

Cezar. V.M., Draganov, P.B. **A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética.** Ensaios Cienc., Cienc. Biol. Agrar. Saúde, v. 18, n. 3, p. 151-156, 2014 Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/260/26042165006.pdf>

Company, L. N. S., Amaral, D. M., Santos, R. N. O. L. **HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise.** Rev. Bioét. v.29 n.2, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292475>

Duarte, L. C., Hohden, F. **As histórias que podem ser contadas: a feminização da epidemia HIV/AIDS e a produção de narrativas científicas.** Rev. Em construção. [S. l.], n. 5, 2019 DOI: 10.12957/emconstrucao.2019.40840

ENONG. Encontro Nacional de ONG que Trabalham com Aids. Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa Portadora do Vírus da Aids. Porto Alegre; 1989. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2006/40054/declaracao_dos_direitos_fundamentais_DA_pessoa_por_28542.pdf

Fernandes, I., Bruns M.A.T. **Revisão Sistematizada da literatura científica nacional acerca da história do HIV/AIDS.** Revista Brasileira de Sexualidade Humana. v.32, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.916>

Ferreira, P. P., Dias, C. A. **Direito e sexualidade: evolução da condição feminina ao longo do século XX.** Revista Brasileira de Sexualidade Humana. v.22 n.1, 2011 DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v22i1.245>

Figueiroa M. N., *et al.* **A formação relacionada com a sexualidade humana na percepção de estudantes de enfermagem.** Revista de Enfermagem Referência, vol. 4, n. 15, 2017. Disponível em: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388255693004>. Acesso em 06/09/2023.

Fonseca, L. N. **Uma retrospectiva sócio-histórica da participação social e da construção de políticas públicas de atenção à saúde sexual e reprodutiva de mulheres no Brasil.** *Semina - Revista Dos Pós-Graduandos Em História Da UPF*, v. 22, n. 1, p. 41-62, 2023. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/ph/article/view/13654>.

Gonzaga, P. R.B. **Psicologia, Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva: Urgências para a Formação Profissional.** Psicologia: Ciência e Profissão. v.42, n spe, p. E262847, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003262847>

Gomez-Suarez *et al.* **Access to sexual and reproductive health services for women living with HIV in Latin America and the Caribbean**: systematic review of the literature. I. Journal of the International AIDS Society 2019, 22:e25273. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jia2.25273/full>

Jesus, G. J. *et al.* **Dificuldades do viver com HIV/Aids**: Entraves na qualidade de vida. Acta Paul Enferm. v. 30 n.3, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700046>

Lima, A. C. S. D. *et al.* **Gênero e sexualidade e na formação de enfermeiros no ensino superior público brasileiro**: estudo documental. Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro, [S. l.], v. 11, 2021. DOI: 10.19175/recom.v11i0.3877. Disponível em: <http://periodicos.ufsj.edu.br/recom/article/view/3877>. Acesso em: 8 set. 2023.

Lourenço, G. O.; Amazonas, M. C. L. A.; Lima, R. D. M. **Nem santa, nem puta, apenas mulher**: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. Sexualidad, Salud y Sociedad, n. 30, p. 262–281, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2018.30.13.a>

Mairink, A.P.A.R. *et al.* **A prática sexual de mulheres jovens em tratamento para o câncer de mama**. Esc. Anna Nery, v. 24, n. 3, 2020. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452020000300217&lng=pt&nrm=iso

Magnabosco, G. T. *et al.* **HIV/AIDS care**: analysis of actions and health services integration. Esc. Anna Nery, v. 22, n. 4, e20180015, 2018. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0015>

Melo G.P. *et al.* **Changes in Women's Sexuality After Hiv Diagnosis**: An Integrative Literature Review. Rev Fund Care Online. v.11 n.5, 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1383-1388>

Melo, C. M. DE., *et al.* **Violências sexual contra mulheres e os processos de trabalho em unidade de saúde especializadas**: avanços, desafios e resistências femininas. Saúde e Sociedade. v. 33, n. 2, p. e230470pt, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024230470pt>

Menezes, M. L. B. *et al.* Protocolo Brasileiro para Infecções Sexualmente Transmissíveis 2020: violência sexual. Epidemiologia e Serviços de Saúde. v. 30, n. spel, p. E2020600, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1679-4974202100018.esp1>

Minayo, M. C. S. **O desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 14° ed. São Paulo:

Monteiro, A. L.; Villela, W. V. **A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira**. Rev. psicol. polít., v. 9, n. 17, 2009. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-

p. 349-357, Dez. 2007. doi: <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>

UNAIDS. *Miles to Go - Global AIDS Update*. Genebra: UNAIDS, 2018. Disponível em: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>.

UNAIDS. **Relatório Global 2024**. Disponível em: chrome-extension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/take-the-rights-path-to-end-aids_en.pdf

Villarinho, M.V. **Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença**. Rev Bras Enferm, [Internet] v.22 n.2, p. 271-7, 2013 [citado 17 jul. 2023]. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/55MrWgd5VNfMv3zPrMW9DmF/?lang=pt> Acesso em 17/07/2023

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados (Mulheres)

PARTE I

Pesquisadoras responsáveis: Prof.^a Dr.^a Elen Ferraz Teston e Enf. Esp. Tailma Silva Lino de Souza

Entrevista n^o: _____

Data: ____/____/____

Horário: _____

1 – CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

- Idade:
- Orientação sexual: 0() Heterossexual 1() Bissexual 2() Homossexual
- Auto declaração étnica: () 1- branca () 2 – preta () 3- amarela () 4- parda 5-() Indígena 6 – () Não declarada
- Situação conjugal: Estado civil: 0() Solteiro 1() Casado/Vive Junto/União consensual/Amasiado 2() Divorciado/Separado 3() Viúvo.
- Escolaridade:
- 1 () Analfabeta/Até 3^a série Fundamental
- 2 () Até 4^a série Fundamental
- 3 () Fundamental Completo
- 4 () Médio Completo
- 5 () Superior Completo
- Ocupação:
- Mora com parceiro: 0() Sim 1() Não
- Sorologia anti-HIV do parceiro atual: 0() Positiva 1() Negativa 2() Não sabe/Não fez 3() Sem parceiro
- Tem Filhos: 0() sim 1() não Quantos? _____ Moram com você: 0() sim 1() não
- Religião: 0() Católica 1() Evangélica 2() Espírita 3() Outra 4() Sem Religião
- Praticante: () sim () não
- Ocupação atual: 0() Desempregado 1() Empregado 2() Aposentado 3() Afastado
- Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: 0() Um 1() Dois 2() Três 3() Quatro 4() cinco ou mais
- Renda Mensal: 0() Até um salário mínimo 1() 2 salários mínimos 2() 3 salários mínimos 3() acima de 4 salários mínimos.
- Recebe algum benefício: 0() sim 1() não Qual? _____
- Internação por infecção oportunista: 0() sim 1() não
- Comorbidades: 0() Diabetes 1() Hipertensão 2() Câncer 3() Outros _____
- Coinfecção: 0() Sífilis 1() Tuberculose 2() Hepatite B/C 3() Toxoplasmose 4 () Outros _____
- Tempo de diagnóstico HIV positivo: _____
- Local que realizou o diagnóstico: _____
- Tempo de uso da TARV (em meses): _____

- Relato de falha/abandono do tratamento: 0() sim 1() não

2 - DADOS GINECOLÓGICOS/OBSTÉTRICOS

- Menarca:
- Início da vida sexual: _____
- Com quantos parceiros você se relaciona atualmente: 4
- Uso de método contraceptivo:
- Infecções sexualmente transmissíveis (histórico): _____
- Gestações: () 1 () 2 () 3 () mais de 3
- Abortamento: () 1 () 2 () 3 () mais de 3

PARTE II

3- INICIANDO O TEMA

O que você sabe sobre o vírus HIV? Explique.

Fale-me como você se sentiu quando ficou sabendo do diagnóstico de HIV?

O que você entende quando ouve a palavra sexualidade? Explique.

4 - QUESTÕES NORTEADORA

O que você pode me falar sobre como é viver sua sexualidade após o diagnóstico de HIV?

5 – QUESTÕES DE APOIO

Você tem vontade/desejo pela prática sexual? Explique.

Como você descreveria os fatores que influenciam a sua vontade/desejo pela prática sexual?

Após o diagnóstico de HIV como você se sentiu para viver sua sexualidade

Já conversou com alguém sobre sexualidade após o diagnóstico e tratamento? (com quem?, como foi?, se não houve, gostaria que tivesse acontecido? E de que forma gostaria que tivesse sido?)

Fale sobre as orientações de cuidado com a sua saúde que você recebeu no momento do diagnóstico.

Fale sobre as orientações de cuidado com a sua saúde que você recebeu ao longo do tratamento.

Fale sobre os cuidados que você realiza com a sua saúde como mulher.

Caso a mulher tenha parceiro:

Você e seu parceiro conversam sobre sexualidade. Fale-me sobre isso.

Você poderia me falar mais sobre isso?

A senhora poderia me dar um exemplo disso?

Como se sentiu em relação a isso?

APÊNDICE B

Instrumento de coleta de dados – Profissionais de saúde

PARTE I

Pesquisadoras responsáveis: Prof.^a Dr^a Elen Ferraz Teston e Enf. Esp. Tailma Silva Lino de Souza

Entrevista n^o: _____

Data: ___/___/___

Horário: _____

1 – CARACTERIZAÇÃO

1. **Idade:** _____
2. Orientação sexual: 0() Heterossexual 1() Bissexual 2() Homossexual
3. Auto declaração étnica: () 1- branca () 2 – preta () 3- amarela () 4- parda 5-() Indígena 6 – () Não declarada
4. **Formação Acadêmica:**
 - () Graduação
 - () Pós-graduação Área: _____
 - () Mestrado
 - () Doutorado
 - () Especialização
5. **Área de Formação:**
 - () Assistência Social
 - () Enfermagem
 - () Medicina
 - () Psicologia
 - () Outra: _____
6. **Tempo de Experiência na Profissão:**
 - () Menos de 1 ano
 - () 1-5 anos
 - () 6-10 anos
 - () 11-20 anos
 - () Acima de 20 anos
7. **Você trabalha diretamente com o atendimento de pessoas vivendo com HIV?**
 - () Sim
 - () Não
8. **Tempo de Experiência no Atendimento de pessoas vivendo com HIV:**
 - () Menos de 1 ano
 - () 1-5 anos
 - () 6-10 anos
 - () Mais de 10 anos

PARTE II

2 - INICIANDO O TEMA

Você já passou por algum curso de formação continuada ou permanente para o cuidado às pessoas vivendo com HIV? Qual? Como foi? Se não, vc acha que é necessário? Porque? Fale sobre isso

Fale sobre as ações de cuidado com a saúde que você orienta durante a consulta às mulheres vivendo com HIV.

O que você entende por cuidados de saúde sexual e por sexualidade? Explique.

3 - QUESTÕES NORTEADORA

Como você avalia as demandas de cuidado das mulheres vivendo com HIV em relação à saúde sexual?

4 – QUESTÕES DE APOIO

Como você incorpora essas demandas no cuidado a essas mulheres?

As mulheres seguem as orientações de autocuidado que lhes são fornecidas? Se não, o que você acredita que as impede?"

As mulheres com HIV, durante a consulta, falam sobre sua sexualidade? Fale sobre isso. Se sim, Como? Se não, por que você acha que não falam?

E você durante os atendimentos, costuma abordar esse tema? Como? Com que frequência? Dê exemplos.

Na sua percepção, outros profissionais que atuam no serviço abordam a sexualidade durante o atendimento? Quais? Como? Fale sobre.

Como você percebe a vivência da sexualidade por mulheres com HIV.

Em sua experiência, quais são as principais dificuldades que essas mulheres enfrentam em relação à sua sexualidade após o diagnóstico de HIV?

Você se sente preparado para abordar a sexualidade no cuidado às mulheres com HIV?

Se a resposta for não, o que você acredita ser necessário para abordar a sexualidade junto às mulheres com HIV.

Há algo que gostaria de aprender ou melhorar?

Fale sobre isso

APÊNDICE C
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CONVITE – PARTICIPANTE

Prezada participante, você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “Significados da sexualidade de mulheres com hiv: teoria fundamentada”, que está sendo desenvolvida por mim Tailma Silva Lio de Souza, como dissertação de Mestrado do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, sob orientação da pesquisadora Elen Feraz Teston. O objetivo central do estudo é construir uma teoria substantiva acerca dos significados atribuídos à sexualidade a partir da perspectiva de mulheres vivendo com HIV.

O convite para participação na pesquisa baseia-se nos seguintes critérios de inclusão: MVHIV acima de 18 anos, estar em seguimento nos locais do estudo e residência no município da realização da pesquisa.

Caso concorde, sua participação será dada por uma entrevista semiestruturada, que englobam perguntas sobre a sua sexualidade e sua condição de saúde, que pode ser realizada serviço de saúde sem acarretar prejuízos a sua rotina ou com agendamento prévio na data e local de acordo com sua disponibilidade em responder. Após o seu aceite, você terá tempo livre para responder a uma entrevista que será gravada em mídia de áudio digital. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não terá gastos, não receberá dinheiro para participar da pesquisa, terá o direito de ser ressarcido se tiver alguma despesa para participar da pesquisa e de ser indenizado, se houver dano causado por ela. Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e realizar a retirada do seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos.

Somente os pesquisadores envolvidos no estudo irão ter acesso aos dados transcritos. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você, ou qualquer outra pessoa mencionada serão retiradas e substituídas por códigos que apenas a pesquisadora terá acesso. Outras pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso as informações dadas. Toda informação que você der será mantida em segredo. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente 40 minutos, enquanto para o preenchimento do questionário é de aproximadamente 15 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, com acesso restrito aos pesquisadores, por um prazo de cinco anos, e após serão eliminados.

Acreditamos que os riscos que você possa ter estão relacionados sua participação da pesquisa restringe-se ao tempo gasto na entrevista, você sentir algum desconfortos e constrangimentos no decorrer da sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum outro desconforto ou necessidade, você poderá contatar os pesquisadores responsáveis. Estaremos disponíveis para sanar qualquer dúvida e ajudar por whatsapp privado e/ou ligação telefônica até que o risco seja totalmente assistido.

Rubrica _____

Rubrica _____

Os benefícios de sua participação estão relacionadas a chance de discutir sobre os programas de planejamento sexual e reprodutivo, ampliar a reflexão sobre sexualidade e com isso contribuir para construção do conhecimento para o planejamento do cuidado mais significativo e assim uma assistência integral à saúde.

Os resultados do estudo poderão ser divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas, garantindo o anonimato das informações. As pesquisadoras retornarão os resultados da pesquisa aos participantes e sempre que desejar a senhora poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, de igual teor, assinada pelos pesquisadores do estudo e por você, participante. Uma via ficará em domínio dos pesquisadores e outra com você.

Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas da participação nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, com atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Tailma Silva Lino de Souza, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, na secretária da Pós-graduação de Enfermagem, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 981912036 ou e-mail: tailma.lino@ufms.br

Autorizo gravação sonora Sim () Não ().

Campo Grande-MS, _____, de _____, de 20__.

Assinatura participante do estudo: _____

Assinatura responsável pelo estudo _____

APÊNDICE D

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CONVITE – PROFISSIONAL DA SAÚDE

Prezado participante, você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Significados da sexualidade de mulheres com hiv: teoria fundamentada”, que está sendo desenvolvida por mim Tailma Silva Lino de Souza, como dissertação de Mestrado do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – UFMS, sob orientação da pesquisadora Elen Feraz Teston. O objetivo central do estudo é construir uma teoria substantiva acerca dos significados atribuídos à sexualidade a partir da perspectiva de mulheres vivendo com HIV.

O convite para participação na pesquisa baseia-se nos seguintes critérios de inclusão: profissional de saúde que trabalha no atendimento de MVHIV, com no mínimo 6 meses de atuação no local da pesquisa.

Caso concorde, sua participação será por meio de uma entrevista semiestruturada, que engloba perguntas sobre sua percepção quanto ao cuidado ofertado à mulheres vivendo com HIV em relação a sua sexualidade. A entrevista pode ser realizada serviço de saúde sem acarretar prejuízos a sua rotina ou com agendamento prévio na data e local de acordo com sua disponibilidade em responder. Após o seu aceite, você terá tempo livre para responder a uma entrevista que será gravada em mídia de áudio digital. Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa. Você não terá gastos, não receberá dinheiro para participar da pesquisa, terá o direito de ser ressarcido se tiver alguma despesa para participar da pesquisa e de ser indenizado, se houver dano causado por ela. Você poderá solicitar esclarecimento sobre a pesquisa e realizar a retirada do seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos.

Somente os pesquisadores envolvidos no estudo irão ter acesso aos dados transcritos. Todas as identificações (nomes e locais) sobre você, ou qualquer outra pessoa mencionada serão retiradas e substituídas por códigos que apenas a pesquisadora terá acesso. Outras pessoas não envolvidas no estudo não terão acesso as informações dadas. Toda informação que você der será mantida em sigilo. O tempo previsto para a entrevista é de aproximadamente 40 minutos, enquanto para o preenchimento do questionário é de aproximadamente 15 minutos. As entrevistas serão transcritas e armazenadas em arquivos digitais, com acesso restrito aos pesquisadores, por um prazo de cinco anos, e após serão eliminados.

Acreditamos que os riscos que você pode ter relacionado a participação na pesquisa restringe-se ao tempo gasto na entrevista ou sentir algum desconfortos e constrangimentos no decorrer da sua participação na pesquisa. Caso ocorra algum outro desconforto ou necessidade, você poderá contatar os pesquisadores responsáveis. Estaremos disponíveis para sanar qualquer dúvida e ajudar por whatsapp privado e/ou ligação telefônica até que o risco seja totalmente assistido.

Rubrica_____

Rubrica_____

Os benefícios de sua participação estão em contribuir com a construção do conhecimento em relação à sexualidade de mulheres vivendo com HIV e possibilitar, discutir sobre os programas de planejamento sexual e reprodutivo, ampliar a reflexão sobre sexualidade e como isso contribui para assistência integral à saúde.

Os resultados do estudo poderão ser divulgados em congressos e outros eventos científicos, haverá também publicações em revistas científicas, garantindo o anonimato das informações. As pesquisadoras retornarão os resultados da pesquisa aos participantes e sempre que desejar você poderá ter acesso aos resultados da pesquisa.

Este termo de consentimento livre esclarecido será feito em duas vias, de igual teor, assinada pelos pesquisadores do estudo e por você, participante. Uma via ficará em domínio dos pesquisadores e outra com você.

Caso você tenha alguma dúvida sobre seus direitos e questões éticas da participação nessa pesquisa você pode entrar em contato, independente, com o Comitê de Ética com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por meio do número de telefone (67) 3345-7187, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº | Bairro Universitário, Campus da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, prédio das Pró-Reitorias “Hércules Maymone” – 1º andar, CEP 79070-900, Campo Grande – MS, Caixa Postal 549, com atendimento ao público: 07:30-11:30 no período matutino e das 13:30 às 17:30 no período vespertino ou pelo e-mail cepconep.propp@ufms.br.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá entrar em contato com a pesquisadora Tailma Silva Lino de Souza, no Instituto Integrado de Saúde, na Unidade 12, na secretária da Pós-graduação de Enfermagem, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, no endereço Cidade Universitária, Av. Costa e Silva, s/nº, Bairro Universitário, Campo Grande. Também poderá entrar em contato pelo telefone (67) 981912036 ou e-mail: tailma.lino@ufms.br

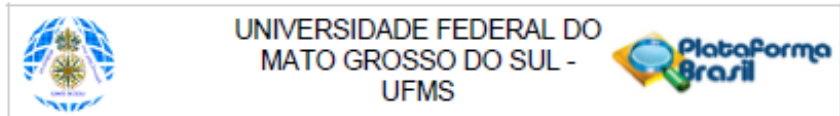
Autorizo gravação sonora Sim () Não ().

Campo Grande-MS, _____, de _____, de 20__.

Assinatura participante do estudo: _____

Assinatura responsável pelo estudo _____

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: SIGNIFICADOS DA SEXUALIDADE DE MULHERES COM HIV: TEORIA FUNDAMENTADA

Pesquisador: TAILMA SILVA LINO DE SOUZA

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 79025124.9.0000.0021

Instituição Proponente: INISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.063.583

Apresentação do Projeto:

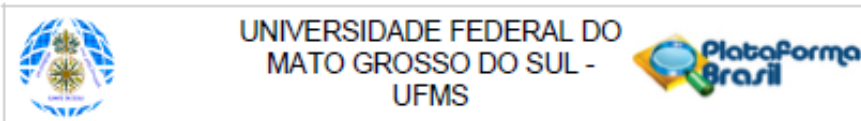
Título do Projeto: Significados da Sexualidade de Mulheres Vivendo com HIV: Teoria Fundamentada.

Objetivo Geral: Construir uma teoria substantiva sobre os significados atribuídos à sexualidade a partir da perspectiva de mulheres vivendo com HIV.

Justificativa: A pesquisa foca na necessidade de entender como as mulheres vivendo com HIV vivenciam sua sexualidade, uma vez que esse aspecto é pouco abordado no cuidado de saúde oferecido a elas. O estudo visa preencher essa lacuna, especialmente considerando a feminilização da epidemia e a necessidade de cuidados integrals para essas mulheres, indo além do aspecto reprodutivo, com uma abordagem que valorize sua saúde sexual.

Metodologia: Abordagem Qualitativa - Com base na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), essa pesquisa utilizará o método de amostragem teórica, coletando dados por meio de entrevistas individuais com mulheres vivendo com HIV (MVHIV) e profissionais de saúde. Participantes - Mulheres vivendo com HIV, atendidas no CEDIP e na UDIP, em Campo Grande/MS, além de profissionais de saúde envolvidos no atendimento a essas mulheres. Coleta de Dados - Entrevistas gravadas e transcritas serão analisadas utilizando o software

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros | Prédio das Pró-Reitorias | Hércules Maymone | 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (57)3345-7187 **Fax:** (57)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 7.063.563

NVivo®), respeitando as normas éticas de sigilo e confidencialidade.

Solicitação de Emenda: Inclusão de um novo grupo amostral (profissionais de saúde) devido à importância de suas perspectivas no contexto do estudo. Inserção de um novo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e Instrumento de coleta de dados específico para esse grupo.

Resultados Esperados: Compreender como as mulheres vivendo com HIV vivenciam sua sexualidade, incentivar discussões sobre os programas de planejamento sexual e reprodutivo, e propor melhorias nas práticas de saúde sexual, resultando em uma assistência mais integral e focada nas reais necessidades dessas mulheres.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos do projeto são os seguintes: Construir uma teoria substantiva acerca dos significados atribuídos à sexualidade a partir da perspectiva de mulheres vivendo com HIV.

Objetivos Específicos: Compreender a abordagem dos profissionais de saúde sobre saúde sexual de mulheres vivendo com HIV. Compreender o significado atribuído ao processo de viver a sexualidade de mulheres vivendo com HIV

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o pesquisador:

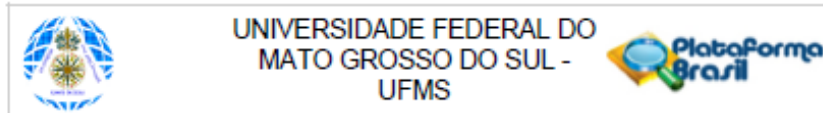
Riscos:

Os riscos relacionados a participação da pesquisa restringe-se ao tempo gasto na entrevista e você sentir algum desconfortos e constrangimentos no decorrer da sua participação na pesquisa, caso isso ocorra, a mesma poderá optar por não responder ou mesmo desistir da participação, sem qualquer prejuízo. Além disso, poderá entrar em contato diretamente com a pesquisadora principal, para esclarecer qualquer dúvida ou necessidade demonstrada pela participante e inclusive, ajudá-la a procurar assistência, caso seja necessário.

Benefícios:

Incentivar discussões sobre os programas de planejamento sexual e reprodutivo, assim ampliar a reflexão sobre sexualidade desse grupo, como lida

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
Bairro: Pioneiros **CEP:** 70.070-900
UF: MS **Município:** CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** cepconep.propp@ufms.br



Contribuição do Parceiro: 7.063.583

com o seu corpo e entender a mulher como um ser sexual.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo é não multicêntrico, realizado no município de Campo Grande, Mato Grosso do Sul.

Os participantes são mulheres vivendo com HIV (MVHIV) e profissionais de saúde, ambos localizados em Campo Grande/MS. O projeto tem caráter acadêmico, sendo parte do mestrado da pesquisadora principal. O tamanho da amostra não é fixo, pois segue o critério de amostragem teórica, podendo variar conforme as necessidades de coleta e análise dos dados. A amostra será considerada suficiente quando for atingida a saturação teórica. No entanto, o estudo estima a participação de 30 indivíduos, sendo 20 mulheres vivendo com HIV e 10 profissionais de saúde. A coleta de dados está prevista para iniciar em 15 de julho de 2024 e se estenderá até 29 de novembro de 2024.

A pesquisa será financiada por recursos próprios, com um orçamento total estimado em R\$ 3.240,00, distribuído para cobrir despesas como material de consumo, combustível e correção de redação dos artigos científicos.

Não haverá uso de fontes secundárias de dados, como prontuários ou dados demográficos. Além disso, não haverá retenção de amostras para armazenamento em banco.

Por fim, não é proposta a dispensa do TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido), sendo exigido que todos os participantes assinem o termo antes de participar do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos necessários foram apresentados.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

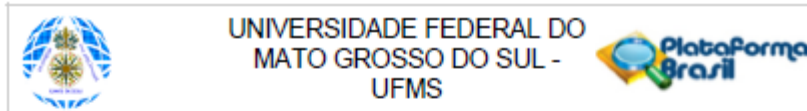
Diante da análise dos documentos apresentados, a Emenda foi APROVADA.

Considerações Finais a critério do CEP:

É de responsabilidade do pesquisador submeter ao CEP semestralmente o relatório de atividades desenvolvidas no projeto e, se for o caso, comunicar ao CEP a ocorrência de eventos adversos graves esperados ou não esperados. Também, ao término da realização da pesquisa, o pesquisador deve submeter ao CEP o relatório final da pesquisa. Os relatórios devem ser submetidos através da Plataforma Brasil, utilizando-se da ferramenta de NOTIFICAÇÃO.

Informações sobre os relatórios parciais e final podem acessadas em <https://cep.ufms.br/relatorios-parciais-e-final>

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros | Prédio das Pró-Reitorias | Hércules Maymon | 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepcep.propp@ufms.br

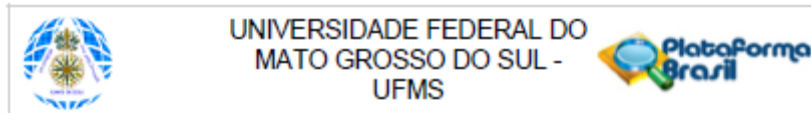


Continuação do Parecer: 7.063.583

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2407991_É1.pdf	26/08/2024 11:51:08		Aceito
Outros	Justificativa_Emenda.pdf	26/08/2024 11:48:44	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Modificado3.pdf	26/08/2024 11:48:33	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participante_profissionais_de_saude.pdf	26/08/2024 11:48:15	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Outros	Resposta_CEP2.pdf	19/06/2024 22:02:29	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Modificado2.pdf	19/06/2024 22:01:41	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_participante_Modificado2.pdf	19/06/2024 22:01:23	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Modificado2.pdf	19/06/2024 22:01:01	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Outros	Resposta_CEP.pdf	11/05/2024 21:56:51	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Detalhado_Modificado.pdf	11/05/2024 21:56:37	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma_Modificado.pdf	11/05/2024 21:39:34	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente_Modificado.pdf	11/05/2024 21:38:22	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	09/04/2024 16:04:55	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_paciente.pdf	08/04/2024 15:39:38	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado.pdf	08/04/2024 15:39:27	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_SESAU.pdf	08/04/2024 15:39:09	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros ☿ Prédio das Pró-Reitorias ☿ Hércules Maymone ☿ ☿ 1º andar
 Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
 UF: MS Município: CAMPO GRANDE
 Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br



Continuação do Parecer: 7.063.583

Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_anuencia_hospital_HU.pdf	08/04/2024 15:39:00	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	02/04/2024 19:42:59	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	02/04/2024 19:42:01	TAILMA SILVA LINO DE SOUZA	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

CAMPO GRANDE, 09 de Setembro de 2024

Assinado por:
Marisa Ruffino Ferreira Luizari
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Costa e Silva, s/nº - Pioneiros - Prédio das Pró-Reitorias - Hércules Maymone - 1º andar
Bairro: Pioneiros CEP: 70.070-900
UF: MS Município: CAMPO GRANDE
Telefone: (67)3345-7187 Fax: (67)3345-7187 E-mail: cepconep.propp@ufms.br