

Raissa Bastos Oliveira¹
Eduardo Sérgio Soares Sousa¹
Adriel Vitor Sabino da Costa Neves¹
Rilva Lopes de Sousa Munõz¹

¹Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Paraíba, Brasil.

RESUMO

Introdução: Os profissionais de saúde, em todos os níveis de atenção, têm função fundamental no cuidado em saúde. **Objetivo:** Compreender o papel dos profissionais de saúde na integralidade do itinerário terapêutico de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS. **Material e Método:** Estudo qualitativo, exploratório e descritivo. A amostra, composta por dez mulheres, foi selecionada segundo a técnica "bola de neve". A coleta dos dados ocorreu entre o final de 2023 e o início de 2024, por meio de entrevistas, questionários e anotações em diário de campo. O material verbal transcrito foi analisado segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. O estudo recebeu parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa (nº 6.302.421). **Resultados:** Das participantes, oito eram gestantes e duas puérperas, com idade entre 20 e 39 anos. Emergiram três categorias temáticas: comunicação eficaz; estigmas a serem desconstruídos; e prevenção da fragmentação do itinerário terapêutico. A comunicação eficaz favorece a educação em saúde, contribuindo para a autonomia no cuidado e para a integridade do itinerário terapêutico. A maioria das participantes relatou ter sido acolhida com humanização, embora o estigma relacionado ao HIV/AIDS ainda persista. **Conclusão:** Condutas assertivas interdisciplinares, alinhadas aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, são essenciais para a efetividade do cuidado em saúde.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Educação em saúde; Gestantes; Puérperas; Soropositividade para HIV.

ABSTRACT

Introduction: Health professionals, at all levels of care, play a fundamental role in healthcare delivery. **Objective:** To understand the role of health professionals in ensuring the integrality of the therapeutic itinerary of pregnant and postpartum women living with HIV/AIDS. **Material and Method:** This is a qualitative, exploratory, and descriptive study. The sample, composed of ten women, was selected using the snowball technique. Data collection took place between late 2023 and early 2024 through interviews, questionnaires, and field diary notes. The transcribed verbal material was analyzed using the content analysis technique proposed by Laurence Bardin. The study received approval from the Research Ethics Committee (6.302.421). **Results:** Among the participants, eight were pregnant and two were postpartum women, aged between 20 and 39 years. Three thematic categories emerged: effective communication; stigmas to be deconstructed; and prevention of therapeutic itinerary fragmentation. Effective communication fosters health education, contributing to care autonomy and the integrity of the therapeutic itinerary. Most participants reported having been welcomed with humanization, although stigma related to HIV/AIDS still persists. **Conclusion:** Assertive and interdisciplinary practices, aligned with the principles and guidelines of the Brazilian Unified Health System (SUS), are essential for the effectiveness of healthcare.

Keywords: Comprehensive health care; Health education; Pregnant women; Postpartum women; HIV seropositivity.

✉ **Raissa Oliveira**

Endereço: R. Tabela Estanislau Eloy, 585,
Castelo Branco, João Pessoa, PB.
CEP: 58050-585
✉ raissabo.rbo@gmail.com

Submetido: 29/04/2025
Aceito: 29/10/2025



INTRODUÇÃO

Desde o surgimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), o enfrentamento desse problema de saúde pública não tem sido equânime entre os países. De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU), por meio do programa *United Nations Programme on HIV and AIDS (Unaid)*, mesmo após mais de 40 anos desde os primeiros casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), a pandemia continua em expansão, sobretudo nos países que apresentam as maiores iniquidades sociais em saúde, como aqueles localizados no continente africano.¹ Essa evidência é corroborada pela análise bibliométrica, que considerou 269 estudos de todos os continentes e apontou falhas no controle da pandemia.²

Nos países com os piores índices de HIV/AIDS, entre os fatores que dificultavam o controle da infecção, estavam a omissão política e legislativa, como também questões culturais principalmente que tornavam as mulheres vulneráveis devido ao não uso de preservativos.²

O Brasil, apesar de apresentar grandes distorções sociais, consagrou-se como referência mundial na prevenção e no tratamento do HIV/AIDS. Barros³ recapitula que, no início do problema, poucos países se anteciparam na resposta aos primeiros casos de AIDS, todavia o Brasil, assim que constatou os primeiros casos, investiu na educação em saúde e no incentivo ao uso de preservativos. A partir de 1989, iniciou o fornecimento de zidovudina (AZT) no estado de São Paulo e, a partir de 1991, estendeu a medicação para todo o Brasil.

Apesar do esforço do Brasil, sabe-se que o HIV/AIDS é um problema complexo, que ultrapassa a distinção entre saúde e doença, pois envolve aspectos subjetivos e plurais inerentes à pessoa humana na condição de sujeito histórico, cultural e político.⁴ A doença, que inicialmente era considerada de “grupos de risco” específicos, atualmente atinge indivíduos de diferentes idades e orientação sexual, inclusive mulheres na idade reprodutiva e idosos.⁵ Um levantamento epidemiológico divulgado pelo Ministério da Saúde (MS)⁶ referente ao período de 2007 a junho de 2024 revela um total de 541.759 casos de infecção pelo HIV. No Sudeste, foram registrados 222.262 casos (41,0%); no Nordeste, 118.431 (21,9%); no Sul, 101.441 (18,7%); no Norte, 56.229 (10,4%); e, no Centro-Oeste, 43.396 (8,0%).

Em gestantes, parturientes e puérperas, o HIV/AIDS é particularmente relevante devido ao risco de transmissão vertical. Nessa população, entre 2000 e junho de 2024, foram notificados 166.237 novos casos. Entre 2013 e 2023, constatou-se um aumento de 33,2% na taxa de detecção, que passou de 2,4 para 3,3 casos por cada 1.000 nascidos vivos.⁶ Diante desse cenário, é de suma importância que os profissionais de saúde, em

todos os níveis de atenção, apropriem-se da noção de itinerário terapêutico (IT).

O IT corresponde às atividades desenvolvidas pelos sujeitos sociais em busca de tratamento para os problemas de saúde e, portanto, configura-se como uma das categorias seminais da antropologia da saúde.⁷ Há de se considerar também que os determinantes sociais e as subjetividades influenciam o modo como se interpreta o processo saúde e doença e se busca diagnóstico e tratamento,⁸ uma vez que o IT é processual e inclui oportunidades e escolhas para lidar com a enfermidade.⁹

Nesse sentido, o presente estudo se interessa pelas experiências das gestantes e puérperas com HIV/AIDS em relação aos profissionais de saúde que as acolheram nos seus IT. A partir das vivências dessas mulheres na busca pelo cuidado em saúde, é possível extrair lições profissionais capazes de favorecer uma práxis compatível com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) em todos os níveis de atenção.

Dessa forma, parte-se do seguinte questionamento: como se caracteriza a atuação dos profissionais de saúde na integralidade do IT das gestantes e puérperas com HIV/AIDS, segundo a ótica dessas mulheres? Para responder a essa questão, desenvolveu-se esta pesquisa como parte do estudo mais amplo intitulado “O itinerário terapêutico de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana.” Os dados e reflexões aqui apresentados têm como objetivo compreender o papel dos profissionais de saúde na integralidade do IT de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS.

A relevância deste estudo está em permitir reflexões sobre a atuação profissional, entendida como a articulação dialética entre teoria e prática.¹⁰ Desse modo, é possível, com criticidade reflexiva, a partir da perspectiva das usuárias dos serviços de saúde, identificar e incentivar as potencialidades do agir profissional e desestimular possíveis contradições com os princípios e diretrizes do SUS.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, exploratório e descritivo, que se guiou pelo *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Studies* (COREQ).¹¹ A coleta de dados foi realizada entre o final de 2023 e o início de 2024, em Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas na região metropolitana da capital do estado da Paraíba. O procedimento foi realizado por meio de entrevistas guiadas por um roteiro semiestruturado, conduzidas em sala privativa, com a presença de apenas uma participante por vez e da primeira pesquisadora — médica ginecologista e obstetra, à época mestranda em Saúde Coletiva pelo Mestrado Profissional em Saúde da Família (Profsaúde), vinculada à linha de pesquisa “Atenção

Integral aos Ciclos de Vida e Grupos Vulneráveis.”

Com o escopo de registrar dados não contemplados nas entrevistas e contribuir com a análise e interpretação dos resultados, foram utilizados um questionário com perguntas abertas e fechadas e um diário de campo.

A amostra foi selecionada de acordo com a técnica *snowball*, também conhecida como “bola de neve”, uma vez que, segundo Vinuto,¹² é composta por uma sequência de referências não probabilísticas que permite ao pesquisador acessar indivíduos desconhecidos. A partir da identificação de uma participante inicial, outras possíveis mulheres foram identificadas e convidadas para participar do estudo. Após serem esclarecidas individualmente, uma após a outra, sem perda amostral, dez mulheres concordaram em participar da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para garantir o anonimato, os bairros e as UBS não foram denominados. Além disso, cada mulher recebeu um código alfanumérico, em que as alíneas “G” e “P” indicaram a condição gestacional e puerperal por ocasião da coleta de dados. Uma numeração de 1 a 10 ordenou-as pela data da coleta de dados e, juntamente com as letras “G” e “P”, permitiu a correta associação dos dados à sua informante.

Desse modo, esta parte do estudo corresponde às respostas apresentadas aos questionamentos: “Como você descobriu estar com o vírus HIV?” e “Você procurou ajuda após o diagnóstico?”, nas quais, espontaneamente, as participantes mencionaram a postura dos profissionais de saúde com os quais haviam tido contato durante seus IT. Após a gravação de áudio utilizando o *software Reshape*, o material foi transcrito e relacionado à entrevistada em conformidade com a codificação anônima especificada. As transcrições foram conferidas manualmente quanto à integralidade entre os depoimentos orais e as transcrições.

Aplicou-se a técnica de análise de conteúdo de Bardin ao material transcrito,¹² seguindo as etapas: a) pré-análise; b) exploração do material; e c) tratamento dos resultados e interpretação. Na pré-análise, o conteúdo foi organizado e lido atentamente. Na etapa da exploração do material, o *corpus* textual com as transcrições codificadas foi analisado. Por último, houve a interpretação em correlação com os dados do questionário, as percepções registradas no diário de campo e a literatura referenciada, conforme as reflexões contidas na próxima seção.

O estudo foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob o Certificado de Apresentação e Apreciação Ética (CAAE) nº 71370823.8.0000.8069 e Parecer nº 6.302.421.

RESULTADOS

Marcadores sociais presentes na interseccionalidade, como os de raça e gênero, devem ser compreendidos como construtos sociais e históricos que ultrapassam os limites biológicos e interferem no processo saúde e doença.¹⁴ Isso ocorre porque, comumente, fatores estruturais como a vulnerabilidade socioeconômica se sobrepõem às pessoas vivendo com HIV (PVHIV), configurando-se em barreiras à prevenção e ao tratamento da doença.¹⁵

De modo a corroborar essas apreensões, por ocasião da coleta de dados, oito participantes estavam no período gestacional e duas no puerperal. A faixa etária era bastante pulverizada: duas estavam entre 20 e 24 anos; três entre 25 e 29 anos; três entre 30 e 34 anos; e duas entre 35 e 39 anos. A maioria se declarou parda (n=6), havendo também mulheres autodeclaradas: preta (n=2), amarela (n=1) e branca (n=1). Seis mulheres não possuíam emprego e renda e dependiam de benefícios assistenciais. Apenas, uma mulher tinha escolaridade universitária completa; seis sequer possuíam o ensino fundamental completo.

Esses resultados se coadunam com os de outros estudos brasileiros. Na região Sul, em um estudo com 15.879 PVHIV, embora tenha prevalecido a cor branca – maioria entre a população autodeclarada – observou-se predominância da baixa escolaridade, a qual apresentou associação estatisticamente com o abandono terapêutico.¹⁶ Em Minas Gerais, a maioria das PVHIV possuía baixa escolaridade e se autodeclarou parda.¹⁷ Não somente no Brasil, mas em todo o mundo, sendo esse desafio mais acentuado nos países empobrecidos, as iniquidades sociais dificultam o controle do HIV/AIDS.¹

O material verbal transcrito e analisado possibilitou identificar e interpretar as seguintes categorias temáticas: 1) comunicação eficaz em saúde; 2) estigmas a serem desconstruídos; e 3) prevenção da fragmentação do IT.

Categoria 1: comunicação eficaz em saúde

A comunicação eficaz é factível de promover a educação em saúde, além de favorecer o intercâmbio de saberes e o planejamento do cuidado.¹⁸ Isso porque tal educação corresponde às práticas destinadas a aumentar a autonomia da população para o autocuidado em saúde em consonância com suas reais necessidades.¹³ Logo, a comunicação eficaz na educação em saúde contribui para a adesão ao tratamento, uma vez que pessoas em situação de vulnerabilidade social, com menor nível de esclarecimento e escolaridade, são mais propensas ao abandono terapêutico.¹⁹ Todavia, quando conscientizadas sobre as doenças transmissíveis, podem melhorar sua qualidade de vida.

Nessa perspectiva, a busca pela autonomia para o autocuidado em saúde não se limita aos métodos tradicionais educativos, mas envolve a interdisciplinaridade,²⁰ entendida não como a simples soma de disciplinas, mas se consubstancia em conhecimentos e práticas interativas voltadas ao atendimento das demandas sociais,²¹ entre as quais se incluem as requisições de saúde.

Em várias unidades de registros que expressam os sentidos atribuídos pelas entrevistadas à vida com HIV/AIDS, são perceptíveis a firmeza, a objetividade e o acolhimento profissional desde a fase de descoberta do diagnóstico, o que é fundamental para a integridade do IT. Como verbalizou M10G:

Foram feitos mais exames, então ela [a doutora] disse às claras para mim: 'Olha, mãe, ou você se compromete com o tratamento ou vai chegar um dia que o remédio não vai mais fazer efeito no seu organismo. Você já ficou internada, vai voltar a ficar internada e talvez não se recupere mais' (M10G).

Na abordagem da profissional, é perceptível a preocupação dela com o bem-estar da mulher. O diálogo é claro e firme diante da possível falta de comprometimento da entrevistada com o tratamento. Essa é uma competência essencial aos profissionais da saúde a fim de que os usuários da rede de atenção compreendam a situação sem obscuridade e se eduquem para a saúde.

Em meio à comunicação entre as mulheres e os profissionais, veio à tona a noção de religiosidade, entendida como o conjunto de crenças e práticas compartilhadas em comunidade e direcionadas ao divino, que, ao lado do apoio social e profissional, impacta positivamente a saúde mental das PVHIV.¹⁷ A esse respeito, o material verbal analisado indica que, na esperança religiosa daqueles que sofrem, os profissionais são concebidos como um instrumento divino que veicula o tratamento ou, a depender do problema, a cura. Essa cognição também é favorável à adesão ao tratamento, como afirmou M04G em alusão às recomendações médicas que recebeu: "Mas eu tinha que entender que, se Deus colocou médicos também na Terra, eu também teria que fazer por onde" (M04G). Em outros termos, como há tratamento disponível, em atendimento às recomendações dos profissionais, aquele que vive com HIV/AIDS deve realizar o que lhe compete, comprometer-se com o seu bem-estar.

Outro aspecto relevante a ser assimilado é sobre os reverberios da notícia do diagnóstico de uma doença incurável, assim como informaram as mulheres: "[...] foi quando eu tive aquele meio choque de realidade" (M10G); "Fiquei em choque" (M03G). Uma revisão que analisou 33 estudos provenientes da América do Norte, América do Sul, Europa, Ásia, África e Oceania

identificou que o recebimento do diagnóstico do HIV/AIDS provoca rupturas, incluindo a emocional, que, ao longo da trajetória das PVHIV, podem ser agravadas por outras vulnerabilidades de carácter interseccional.²²

Diante desse cenário, a condução dos pacientes com doenças crônicas, como é o HIV/AIDS, requer a comunhão de saberes complementares para o planejamento e a implementação das ações,⁵ por isso uma comunicação em saúde efetiva não prescinde da interdisciplinaridade.

Do diagnóstico de M03G participaram enfermeira e médica. No mesmo contexto, para o encaminhamento ao hospital de referência, um agente de saúde foi recrutado. Ainda houve a menção de toda a equipe, como disseram as participantes:

Eu passei pela psiquiatria, pelo psicólogo (M04G).

Me [sic] chamaram na sala da assistente social e me contaram [...]. A médica me deu o encaminhamento para a gente ir para outro hospital. 'Passe pela doutora [nome ocultado]'. Passei por outras médicas e aqui estou até hoje (M10G).

Eu tenho acompanhamento com alguns médicos aqui, mas da endocrinologia, mas já passei por [...] nutricionista, já passei por ginecologista, [...], já tive vários atendimentos (M03G).

Em face do exposto, é crucial acautelar-se de que o frenético cotidiano laboral tende dificultar a comunicação e a humanização do atendimento,¹⁸ como testemunhou outra entrevistada: "Existem médicos e equipes que não estão nos seus dias bons [...]. Cheguei aqui e realmente peguei uma equipe boa, mas houve dias ruins" (M03G).

Os profissionais de saúde da linha de frente do atendimento convivem com inúmeras adversidades que podem afetar suas emoções e interferir na forma como exercem seus ofícios,²³ por conseguinte, para o alcance da efetividade na prevenção e tratamento das doenças, também é premente cuidar do cuidador, porquanto a saúde ocupacional reverbera na qualidade dos serviços de saúde e na saúde coletiva.

Categoria 2: estigmas a serem desconstruídos

As pessoas são categorizadas pela sociedade de acordo com os atributos que possuem. Quando um certo atributo é depreciativo, instaura-se o estigma,²⁴ tornando mais complexo o enfrentamento da doença.²² Em que pese ao fato da maioria dos testemunhos orais apontar para a assertividade na conduta dos membros da equipe multiprofissional no atendimento das entrevistadas, não se pode deixar de registrar algumas distorções, a saber:

A gente sabe e percebe nos olhos, de uma certa forma, que os próprios profissionais de saúde [têm medo] – a gente sabe, inclusive uma colega minha que também tem o vírus e se trata aqui fez uma pequena cirurgia no útero, [tendo ido] lá para tirar os pontos, onde ficaram meio receosos de tirarem os pontos dela (M10G).

Eu me acho diferente das outras pessoas, porque, até então, é um vírus que eu carrego (M01P).

O traço distintivo que causa o estigma pode subordinar a pessoa a duas situações igualmente constrangedoras: atrair a atenção de outrem ou afastá-la.²⁴ Devido ao estigma, suponha-se que alguém possua uma anomalia física e, nos espaços por onde circula, atraia a curiosidade alheia; essa pessoa, pelo mesmo motivo, também pode se sentir excluída do convívio social.

Na vivência da gestante M03G, para minimizar o estigma, ela mesma adotou como metodologia acessar o serviço de saúde às escondidas. Desembarcava do veículo a uma certa distância do hospital e caminhava até lá: “Então, por isso que, quando eu comecei a me tratar, eu não descia no carro lá no hospital, eu descia para outro lugar e ia caminhando” (M03G). Acrescentou a entrevistada:

É uma cidade pequena, então, se uma pessoa souber, automaticamente pode espalhar, mesmo que tenha questão ética, porque, lá mesmo na cidade, só quem sabe é a enfermeira e a médica que me atendem, porque nem nos outros setores médicos sabem, a não ser que eu adoça de repente, aí eu tenho que comunicar (M03G).

Da mesma maneira que a gestante M03G, outras pessoas que vivem com HIV/AIDS temem que sua condição se torne pública, tal como M09G confirmou: “Só quem sabe do meu diagnóstico é a minha médica e a enfermeira” (M09G).

As narrativas dessas gestantes lançam ao debate a confidencialidade e o receio da exposição. Há o medo de estigma, como marcador social, comum não somente no HIV/AIDS, mas em outras enfermidades. As mulheres, além de identificarem o estigma no ambiente hospitalar, asseguram a sua naturalização externamente, conforme os sentidos atribuídos ao comportamento excludente de um motorista condutor ao hospital:

Eu também estava no mesmo carro [...]. A gente foi buscar um paciente no hospital [nome ocultado]. Dentro do carro, o motorista não falou diretamente para mim, nem comigo, falou com o paciente, só mencionou. ‘Não faz perguntas para esse paciente, porque a gente vai pegar esse paciente. É do hospital que tu sabes que esse hospital é de quem

tem AIDS’, foi o que mencionou. Então, eu já vi o preconceito. Não foi diretamente comigo, foi com essa pessoa (M03G).

Na filosofia de Emmanuel Lévinas, a alteridade não se concebe pela razão subjetiva, mas se engendra a partir da sensibilidade ética com o outro, contribuindo, portanto, para o processo de humanização no pensar e agir.²⁵ Assim, embora a segregação relatada por M03G não tenha sido imediatamente dirigida a ela própria, em alinhamento com o princípio da alteridade, nota-se que ela assumiu o lugar do outro.

O estigma emerge dos mais diferentes sujeitos sociais, inclusive estudos atestam que pacientes sofrem estigmas durante o atendimento a partir do comportamento dos profissionais de saúde.⁵ Por isso, a alteridade é uma responsabilidade de todos, uma postura continuada de cuidar sem rótulos e sem discriminação.²⁵ É preciso, portanto, atentar-se que, quando a condição de viver com HIV/AIDS se soma a outros marcadores sociais, como os de raça e gênero, as ofensas sentidas pelos pacientes se agravam.²⁶

Categoria 3: prevenção da fragmentação do IT

A humanização da saúde tem por escopo modificar as relações de trabalho mediante a aplicação do contato e da comunicação de forma a evitar o isolamento e alcançar a horizontalidade nas práticas de saúde.²⁷ O atendimento humanizado vincula o doente ao serviço de saúde e ao tratamento, mas o contrário disso fragmenta o IT.

Em concordância com as categorias anteriores, é urgente resgatar o sentido da humanização da atenção, pois ainda existem profissionais de saúde despreparados nas interações com as pessoas que vivem com HIV/AIDS.²⁶ A esse respeito, este estudo revelou:

Da minha segunda gravidez cheguei a ir, mas, quando eu vi certos olhares das enfermeiras, eu não fui mais; da minha segunda e desta também. Quando as enfermeiras perguntaram: ‘Mãe, você pode fazer o pré-natal aqui ou lá’. Eu falei: ‘Eu não quero’ (M10G).

Não obstante os avanços ocorridos no combate ao HIV/AIDS, a maneira como esse problema de saúde pública é socialmente construído reforça estigmas e preconceitos.¹⁷ Diante disso, a maneira como a mulher que vive com HIV/AIDS é acolhida reverbera na escolha da unidade para realizar o pré-natal. Estudo realizado sobre a assistência pré-natal no Brasil identificou que, em meio aos principais fatores que fragilizam o pré-natal, estão as dificuldades de acessibilidade, a falta de apoio familiar e social, as distorções no acolhimento profissional e as experiências negativas já colecionadas

ao utilizar os serviços de saúde.²⁸

O acolhimento solidifica o vínculo entre os usuários da rede de atenção e os profissionais, podendo contribuir com a aceitação da nova condição de saúde e com o engajamento com o tratamento.²⁹ Semelhantemente, a articulação dos profissionais e da rede de atenção segundo os níveis de complexidade, com respeito à autonomia dos usuários, é contributo para a saúde pública em geral.³⁰

A empatia e o respeito no cuidado favorecem o bem-estar emocional de quem recebe o diagnóstico de uma doença incurável, consoante revelaram as unidades de registros: “Me [sic] atenderam bem lá; explicaram como é lá, porque eu fiquei com depressão. Aí disseram para eu tirar isso da cabeça, que era normal” (M05G); “Ela [a médica] disse: ‘Tenha calma. Não é o fim do mundo’” (M03G). Dentre os sentidos possíveis para esses trechos, reflete-se a intenção de encorajar a mulher e minimizar o seu sofrimento psíquico.

CONCLUSÃO

Este estudo, ao buscar compreender o papel dos profissionais de saúde na integridade do IT de gestantes e puérperas que vivem com HIV/AIDS, identificou três categorias: comunicação eficaz em saúde; estigmas a serem desconstruídos; e prevenção da fragmentação no IT. Os sentidos representados nas unidades de registros evidenciaram que, a partir da atuação dos profissionais, ao longo do IT, as mulheres experienciam potencialidades no enfrentamento do problema, mas ainda existem fragilidades a serem superadas.

Nesse caminho, a comunicação efetiva associa-se à educação em saúde para promover a autonomia no autocuidado e a adesão ao tratamento e evitar a evasão. As pessoas que vivem com HIV/AIDS, entretanto, ainda sofrem estigmas por parte de alguns profissionais e de outros sujeitos conexos às unidades de saúde, o que precisa de desconstrução urgentemente para evitar a ruptura no IT e favorecer o bem-estar da mulher.

A postura assertiva interdisciplinar, ao entender as singularidades das mulheres e posicioná-las como corresponsáveis pelo tratamento, além de empoderá-las, tem potencial para favorecer a saúde coletiva, uma vez que o problema do HIV/AIDS não é exclusivamente individual, mas de importância social.

A pequena amostra de dez mulheres configura uma limitação do estudo, haja vista que as evidências, por serem qualitativas, não permitem generalizações. Não obstante, os achados se mostraram fecundos no atendimento do objetivo especificamente traçado para esta parte da pesquisa. Diante disso, recomenda-se que estudos futuros investiguem o IT de outras mulheres que vivenciam doenças crônicas na fase gestacional e puerperal, a fim de comparar e aprofundar os resultados.

REFERÊNCIAS

1. UNAIDS. Aids, crise e o poder de transformação: Relatório Global sobre a AIDS 2025 [Internet]. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2025 [citado em 2025 outubro. 27]. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2025/07/2025_07_09_JC3153_GAU_Sumario_Executivo_PTBR_em_JP_VFinal.pdf.
2. Oliveira RB, Sousa ESS, Munõz RLS, Teixeira FCNR, Neves AVSC. Atenção primária à saúde e o cuidado integral às gestantes e puérperas vivendo com HIV/AIDS: estudo cientométrico. Boca [Internet]. 2024; 20(59):261-85.
3. Barros SG. Política nacional de AIDS: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: EDUFBA; 2018. DOI: 10.7476/9788523220303.
4. Demétrio F, Santana ER, Pereira-Santos M. O Itinerário Terapêutico no Brasil: revisão sistemática e metassíntese a partir das concepções negativa e positiva de saúde. Saúde em Debate. 2019; 43(spe7):204-21. DOI:1590/0103-11042019S716.
5. Carvalho AP, Aragão IPB. Epidemia de HIV/AIDS entre a população idosa do Brasil de 2008 a 2018: uma análise epidemiológica. HU Rev. 2022; 48:1-7. DOI: 10.34019/1982-8047.2022.v48.37626.
6. Ministério da Saúde (BR). Departamento de HIV/Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico HIV e AIDS 2024. Brasília: Ministério da Saúde; 2024.
7. Alves PC. Itinerário terapêutico e os nexos de significados da doença. Política & Trabalho [Internet]. 2015 [citado em 2025 abril. 13]; (42). Disponível em: https://www.siga.fiocruz.br/arquivos/ss/documentos/editais/4_artigo2%20alves%20paulo%20cesar.pdf.
8. Souza VS, Mayrink GTC, Melo MN, Melo MCSC, Abreu MM, Hallack AE Neto, et al. O itinerário terapêutico dos pacientes portadores de linfoma. HU Rev. 2019; 45(2):134-9. DOI: 10.34019/1982-8047.2019.v45.25564.
9. Tavares F. Rediscutindo conceitos na antropologia da saúde: notas sobre os agenciamentos terapêuticos. Mana. 2017; 23(1):201-28. DOI: 10.1590/1678-49442017v23n1p201.
10. Freire P. Pedagogia do oprimido. 17ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1987.
11. Souza VRS, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the Coreq checklist. Acta paulista de Enfermagem. 2021; 34:eAPE02631. DOI: 10.37689/acta-ape/2021AO02631.
12. Vinuto J. A amostragem em bola de neve na pesquisa qualitativa: um debate em aberto. Temáticas. 2014; 22(44):203-20. DOI: 10.20396/tematicas.v22i44.10977.

13. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. São Paulo: Edições 70; 2016.
14. Macedo RM, Medeiros TM. Marcadores sociais da diferença, interseccionalidade e saúde coletiva: diálogos necessários para o ensino em saúde. *Saúde em Debate*. 2025; (49):e9507. DOI: 10.1590/2358-289820251449507P.
15. Silva JKBD, Santos JMD, Moreira WC, Romero ROG, Leadebal ODCP, Nogueira JDA. Modelo multinível na identificação de fatores de risco comportamentais e estruturais ao HIV: revisão integrativa. *Rev Bras Enfermagem*. 2022; (76): e20210853.
16. Cunha APD, Mota JCD, Cruz MMD, Miranda R, Rosso L, Kruppa M. Fatores associados à interrupção do tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV/AIDS em municípios brasileiros entre 2019 e 2022. *Rev Bras Epidemiol*. 2025; (28): e250015. DOI: 10.1590/1980-549720250015.2.
17. Carvalho PP, Scorsolini-Comin F. Fatores associados à saúde mental de pessoas vivendo com HIV. *Rev Psicologia*. 2025; 43(2):990-1024. DOI: 10.18800/psico.202502.013.
18. Pimentel VRM, Sousa MF, Mendonça AVM. Comunicação em saúde e promoção da saúde: contribuições e desafios, sob o olhar dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. *Physis*. 2022; 32(3):e320316. DOI: 10.1590/S0103-73312022320316.
19. Silva ÉA, Silva GA, Leite ICG, Araújo CR, Correia BAS, Souza INA. Perfil dos casos de abandono do tratamento da tuberculose em um município prioritário mineiro. *HU Rev*. 2019; 44(3):351-60. DOI: 10.34019/1982-8047.2018.v44.16924.
20. Neves VNS, Fialho LMF, Machado CJS. A pandemia da Covid-19 e a educação na saúde. *Humanidades & Inovação* [Internet]. 2021 [citado em 2025 abril. 18]; 8(62):11-28. Disponível em: <https://revista.unitins.br/index.php/humanidadeseinovacao/article/view/3705>.
21. Fazenda ICA. *Interdisciplinaridade: didática e prática de ensino*. Interdisciplinaridade [Internet]. 2015 [citado em 2025 abril. 12]; (6):9-17. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/interdisciplinaridade/article/view/22623>.
22. Vasconcelos RCL, Antunes Nunes MC, Araujo de Moraes N. Resiliência em pessoas vivendo com HIV: revisão integrativa da literatura. *RPICS*. 2025; 11(1):1-18. DOI: 10.31211/rpics.2025.11.1.385.
23. Neves VNS, Sabino RN, Assis VD, Santos STA. The impact of the COVID-19 pandemic on health worker`s emotions and professional learning. *RSD*. 2020; 9(12):e32391211367. DOI: 10.33448/rsd-v9i12.11367.
24. Goffman E. *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Zahar; 1988.
25. Zanon A. O princípio da alteridade de Lévinas como fundamento para a responsabilidade ética. *Perseitas*. 2019; 8:75-103. DOI: 10.21501/23461780.3489.
26. Reis LM, Gonçalves LIC. Revisão integrativa sobre a discriminação sofrida em atendimento odontológico por pessoas vivendo com HIV/AIDS: fatores associados. *HU Rev*. 2025; 50:1-5. DOI: 10.34019/1982-8047.2024.v50.44188.
27. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Humanização* [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2013 [citado em 2025 abril. 2]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf.
28. Rocha IMS, Barbosa VSS, Lima ALS. Fatores que influenciam a não adesão ao programa de pré-natal. *Revista Recien*. 2017; 7(21):21-9. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2017.7.21.21-29.
29. Colaço AD, Meirelles BHS, Heidemann ITSB, Villarinho MV. Care for the person who lives with HIV/AIDS in Primary Health Care. *Enferm*. 2019; 28:e20170339. DOI: 10.1590/1980-265X-TCE-2017-0339.
30. Vilas Boas VL, Almeida LEO, Loures RJ, Moura LCL, Moura MA. Estratégias e barreiras na aderência a terapia antirretroviral. *HU Rev*. 2019; 44(3):387-91. DOI: 10.34019/1982-8047.2018.v44.13955.