

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO**

ÉTHEL DE ALMEIDA RIBAS

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre**

**São Leopoldo
2015**

Éthel de Almeida Ribas

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre

Dissertação apresentada como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Saúde Coletiva,
pelo Programa de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS

Orientadora: Professora.Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves

São Leopoldo

2015

R482t

Ribas, Éthel de Almeida.

Teste rápido para detecção de HIV na atenção primária : a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre / Éthel de Almeida Ribas. – 2015.

41 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2015.

"Orientadora: Professora.Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves".

1. Teste Rápido. 2. HIV. 3. Sífilis. 4. Pré-natal. 5. Atenção primária em saúde I. Título.

CDU 614

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Bibliotecário: Flávio Nunes – CRB 10/1298)

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a Tonantzin Ribeiro Gonçalves, pela orientação, ensinamentos, empenho e compreensão.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS, pela transformação e conhecimento que proporcionaram-me.

Aos meus colegas e amigos, que tornam os momentos mais produtivos e alegres.

À minha mãe, Roselena, pela motivação a compreender e amar o mundo.

Ao meu pai, Heraldo, que me ensina a viver.

À minha irmã, Maithê, pelo amor que me faz sentir.

À minha vó, pelo apoio incondicional em tudo o que faço.

À minha tia, pelo zelo e cuidado com a minha vida.

Ao meu amor.

À Deus.

AQUI FICARÁ A FOLHA DA BANCA.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
NÍVEL MESTRADO

ÉTHEL DE ALMEIDA RIBAS

**TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre**

São Leopoldo

2014

Éthel de Almeida Ribas

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre

Projeto de Qualificação apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Saúde coletiva pelo Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade do Vale do Rio dos Sinos –
UNISINOS

Orientadora: Prof.^aDr^aTonantzin Ribeiro Gonçalves.

São Leopoldo

2014

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	3
I PROJETO DE PESQUISA	4
1 INTRODUÇÃO	5
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA	8
1.2 JUSTIFICATIVA	10
1.3 QUESTÕES NORTEADORAS	11
2 OBJETIVOS	11
2.1 OBJETIVO GERAL	11
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3 REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1 MULHERES E HIV/AIDS: VULNERABILIDADES NO ÂMBITO DA SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	13
3.2 HIV/AIDS NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	16
3.3 PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/AIDS: TESTE RÁPIDO DURANTE O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
3.4 A ABORDAGEM QUALITATIVA NA ANÁLISE DE PROGRAMAS DE SAÚDE	22
4 PROPOSTA METODOLÓGICA	25
4.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO E UNIVERSO EMPÍRICO	25
4.2 DELINEAMENTO E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	27
4.3 ANÁLISE DOS DADOS	30
5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	31
6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS	33
7 ORÇAMENTO	34
8 CRONOGRAMA	35
REFERÊNCIAS	36
APÊNDICE A – TCLE VERSÃO PARA AS GESTANTES	44
APÊNDICE B – TCLE VERSÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE	45
APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS I	46
APÊNDICE D - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS II	47
II RELATÓRIO DE CAMPO	48
1 INTRODUÇÃO	49
2 TEMA DA PESQUISA: DA IDENTIFICAÇÃO ATÉ A NEGOCIAÇÃO PARA ENTRADA EM CAMPO	49
3 CAMPO DE PESQUISA	58
4 COLETA DE DADOS	61
5 ANÁLISE DE DADOS	75
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	77
7 REFERÊNCIAS	78
III ARTIGO CIENTÍFICO	79

INTRODUÇÃO	80
MÉTODO	83
TESTE RÁPIDO NO PRÉ-NATAL: MAIS UMA TECNOLOGIA?	86
TESTE RÁPIDO E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE A CENTRALIDADE NA MULHER E SEU DESCRÉDITO	98
CONSIDERAÇÕES	111
NOTA	113
REFERÊNCIAS	113

APRESENTAÇÃO

Com o objetivo de orientar a leitura, demonstraremos como está dividida a dissertação:

I Projeto de Pesquisa: foi qualificado em 05/11/2014, onde foram apontados ajustes a serem realizados para execução do trabalho em campo. Concomitantemente, teve a sua submissão ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, e posteriormente ao Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

II Relatório de Campo: nele está relatada a trajetória do trabalho, desde o início com as suas motivações e discussões, definição do tema, aspectos éticos, formas de trabalho em campo, definição das ferramentas de pesquisa a serem utilizadas e outras contextualizações.

III Artigo Científico: foi formulado de acordo com as normas orientadas pela UNISINOS e será ajustado conforme as normas das revistas às quais se destinar.

I PROJETO DE PESQUISA

1 INTRODUÇÃO

De acordo com os dados da Organização Mundial de Saúde (2013), atualmente, 35,3 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo. No Brasil, em 2012, foram notificados 39.185 novos casos de aids, o que representa uma incidência de 20,2 casos a cada 100 mil habitantes. Atualmente, segundo Brasil/MS (2013), estima-se que no país aproximadamente 718 mil pessoas estão vivendo com HIV/Aids. Na região Sul do país, temos a maior incidência de casos de aids, com 30,9 casos a cada 100 mil habitantes, sendo o Rio Grande do Sul o primeiro colocado neste desgostoso *ranking*, com 41,4 casos de aids a cada 100 mil habitantes (BRASIL/MS, 2013). Entende-se que esses valores são muito altos, dados os esforços ao longo de mais de 20 anos de políticas nacionais de prevenção e tratamento para o HIV/AIDS.

A característica atual da doença é seu aumento, principalmente na população mais jovem e sua grande concentração em populações em situação de maior risco e vulnerabilidade. Por exemplo, em um estudo realizado em dez municípios brasileiros entre 2008 e 2009, com grupos populacionais com mais de 18 anos em situação de maior vulnerabilidade, estimaram que as taxas de prevalência de HIV foram 5,9% em usuários de drogas, 10,5% em homens que fazem sexo com outros homens e 4,9% em profissionais do sexo. (BRASIL/MS, 2013). Essa informação retrata o estabelecimento presente da vulnerabilidade nas características de disseminação da doença.

A eclosão da AIDS na década de oitenta e o desconhecimento diante da doença desencadearam a busca de informações por instrumental epidemiológico. Buscou-se discriminar características das pessoas acometidas que pudessem trazer indícios sobre a sua etiologia. Daí surgiram subgrupos populacionais nos quais a chance de encontrar pessoas com Aids era maior do que na então população: até então eram os hemofílicos, homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. (AYRES, 2012)

O surgimento e a disseminação do teste diagnóstico, na década de noventa, abriu para o aparecimento de diversos padrões de distribuição populacional da doença, onde passaram a ser evidenciados os comportamentos que poderiam levar ao risco de adquirir a Aids e não (tanto) a que grupo de indivíduos a pessoa pertencia. (AYRES, 2012)

Nos anos 2000, no Brasil, evidências corroboravam a mudança nos padrões de distribuição da doença e apontavam mais um processo de transformação do perfil da

epidemia marcando então a heterossexualização, a feminização e a pauperização da maioria dos infectado. Assim refere Brito e colegas (2000), a seguir:

Como resultado das profundas desigualdades da sociedade brasileira, a propagação da infecção pelo HIV no País revela epidemia de múltiplas dimensões que vem, ao longo do tempo, sofrendo transformações significativas em seu perfil epidemiológico. De epidemia inicialmente restrita a alguns círculos cosmopolitas e marcadamente masculina, que atingia prioritariamente homens com prática sexual homossexual e indivíduos hemofílicos, depara-se, hoje, com quadro marcado pelos processos da heterossexualização, da feminização e da pauperização. O aumento da transmissão por contato heterossexual resulta em crescimento substancial de casos em mulheres, o que vem sendo apontado como o mais importante fenômeno para o atual momento da epidemia.

Um dos aspectos desta pauperização caracteriza-se pelo aumento da proporção de casos de AIDS em indivíduos com baixa escolaridade e mais pobres. O Boletim Epidemiológico (MS, 2013) informa que, de acordo com os dados do SINAN, a maioria dos indivíduos notificados com aids possuía entre a 5ª e a 8ª série incompleta. Reflete-se, por exemplo, que a baixa escolaridade pode se relacionar com a baixa frequência ou ausência na escola. Sabe-se que a escola é uma das maiores propagadoras de Educação em Saúde sobre HIV/Aids bem como um meio fundamental de construção do conhecimento. Estar distante dela pode dificultar o acesso e a compreensão às ações promovidas para o combate à epidemia, tornando os indivíduos mais vulneráveis à sua aquisição.

O quadro demonstrado por Brito AM et al. (2000) é corroborado quando o Boletim Epidemiológico da AIDS de 2013 (MS, 2013) nos informa que a incidência de casos em homens é pouco maior do que em mulheres representando uma razão de 1,7 casos em homem para cada caso em mulher, apresentando aumento ao longo do tempo. O predomínio masculino dá lugar a heterossexualização e, quase concomitantemente, à feminização da epidemia pois olhar o crescimento da incidência na sua maioria em mulheres abre para o seu equilíbrio entre os sexos mas também para o forte aumento especificamente em mulheres.

A submissão da mulher nas relações de gênero, decorrentes das construções simbólicas de masculinidade, cujas representações se ancoram no sustento socioeconômico, gosto pela aventura e na liberdade sexual; e da feminilidade, com representações ancoradas na maternidade, passividade e fidelidade (PAULILO, 1999), caracteriza uma situação de vulnerabilidade moral (GUILHEM, 2005). Desta forma, a vulnerabilidade feminina ao HIV/Aids necessariamente remete aos modos como homens e mulheres se relacionam em nossa sociedade, a dinâmica de poder que perpassa tais relações e o imaginário coletivo

em relação aos papéis de gênero que, certamente, constituem importantes variáveis na conformação do perfil da epidemia (PITANGUY, 1995). Para a mulher, esta vulnerabilidade tem consequências que atravessam gerações quando se considera o direito à maternidade, cuidado e educação dos filhos, saúde e cidadania

A maioria das mulheres vivendo com HIV está em idade fértil e o desejo de ter filhos permanece presente sendo o mesmo determinado cultural e socialmente (SANTOS, 2002). Então, a infecção pelo HIV entre mulheres está ligada à probabilidade da gestação e, conseqüentemente, ao risco de transmissão vertical (TV) do vírus. Neste caso, existe o risco de transmitir o HIV à criança durante a gestação, no momento do parto ou na amamentação (DOURADO, 2006), momentos importantes e que podem trazer fragilidades específicas para qualquer mãe e que ficam exacerbadas na presença do HIV (GONÇALVES e PICCININI, 2008). Ter as informações corretas e o apoio de uma equipe de saúde é fundamental para uma gestação saudável e um parto com segurança, independentemente da sorologia da mãe para o HIV. Neste momento, o pré-natal adequado e a intervenção dos profissionais que atuam na saúde são fundamentais para identificar riscos à saúde da mãe e do bebê, dentre os quais a detecção da infecção materna pelo HIV que eventualmente se somará a cenários de vulnerabilidade social mais amplos.

A assistência nos serviços de pré-natal do Sistema Único de Saúde é realizada, em sua maioria, pela Atenção Primária à Saúde¹ nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Atualmente, a caracterização desta assistência é fortemente influenciada por um modelo biomédico de atenção à saúde, permeado por uma insuficiente atenção aos aspectos culturais e sociais que envolvem a epidemia do HIV/Aids (Há um modelo centralizado na figura de um profissional – geralmente

¹Neste trabalho utilizaremos o termo internacional Atenção Primária à Saúde (APS) para designar a atenção à saúde regionalizada, contínua e sistematizada integrando ações preventivas e curativas bem como a atenção individual e a comunidades. Neste termo inclui-se a Atenção Básica em Saúde, adotada pelo SUS para enfatizar a reorientação do modelo assistencial.

médico ou enfermeiro) e não de uma equipe. (THUMÉ et al., 2007). Assim, a dificuldade de acesso a conhecimentos e serviços – característica da pauperização da epidemia – associada à necessidade inerente da mulher grávida e ao desencontro de ações e informações na equipe de saúde define um modelo geral atual de pré-natal insuficiente para o combate à TV (OLIVEIRA, 2011).

A qualidade da assistência pré-natal é inadequada em muitos serviços em diferentes regiões do país inclusive no que concerne aos componentes mais biomédicos da atenção como a oferta de testagem para o HIV e Sífilis (SERRUYA et al., 2004; SZWARCOWALD & SOUZA JR., 2006). Atualmente, estima-se que nas regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste do país mais de 75% das gestantes realizam e recebem o resultado de exames anti-HIV (BRASIL/MS, 2010B; SZWARCOWALD & SOUZA JR., 2006). Estas falhas são agravadas por diferenças sociais, pelo grau de escolaridade e tamanho dos municípios (MORIMURA, MENDES, SOUZA, & ALENCAR, 2006; SOUZA JR et al., 2004). Nesse contexto, a ampliação da testagem anti-HIV no pré-natal, o acolhimento adequado e integral as necessidades a todas as gestantes é imprescindível para a erradicação da TV. O pré-natal deve envolver não só a mãe, mas toda a família, pois é uma fase aonde a mulher encontra-se mais vulnerável a aonde as taxas de TV são mais altas. (NAVA et al., 2012).

1.1 Delimitação do Tema

A incidência de casos de HIV em menores de cinco anos é o indicador utilizado para monitorar a redução da TV no Brasil que possui uma média de 3,4 casos a cada 100 mil habitantes. Nesse quesito, região Sul também se destaca acima da média nacional com 5,8 casos a cada 100 mil e o Rio Grande do Sul com o maior valor dentre os estados da região, contemplando 9,1 casos a cada 100 mil (MS, 2013). Na capital Porto Alegre, a incidência de TV chega a 3,6 infectados a cada 100 nascimentos de mães HIV positivas (PORTO ALEGRE, 2014). Considerando que o risco de transmissão pode ser reduzido a valores entre 2% e zero com o uso de terapia antirretroviral (TARV) combinados a partir da 14ª semana de gestação, cesariana eletiva, quimioprofilaxia com as TARVs na parturiente, administração de zidovudina (AZT) para o recém-nascido, a não-amamentação (MS, 2007) e que estas crianças poderiam ter uma qualidade de vida sem as limitações que o portador do HIV possui, a incidência de TV apresentada por Porto Alegre é considerada muito alta.

As diretrizes prioritárias referentes à prevenção da TV do HIV foram definidas pelo Departamento Nacional de DST e Aids (DN-DST/Aids) do Ministério da Saúde (MS) e, em conjunto com o estado do Rio Grande do Sul e o município de Porto Alegre a meta é a redução da TV a zero. Nesse cenário, a atenção primária em saúde (APS), que faz o

atendimento primário aos pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), têm um papel importante ao promover o aconselhamento e a testagem anti-HIV de todas as suas gestantes a partir do primeiro contato e também de seus parceiros. Está sob a sua incumbência fomentar a adesão das gestantes ao pré-natal, incluindo o oferecimento dos testes juntamente com seu aconselhamento antes e após a sua realização. O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta pré-natal e, no mínimo, repetido no início do terceiro trimestre e no momento do parto (MS, 2006; PMPA, 2012; PMPA, 2014), totalizando a realização de pelo menos três testes durante o pré-natal. Recentemente, a partir de um redirecionamento da política de HIV/aids no município de Porto Alegre, a rede de atenção primária foi toda capacitada para a realização deste teste e utilização dos kits de teste rápido (TR) para detecção do HIV e Sífilis e no aconselhamento pré e pós-teste de todos os usuários, incluindo as gestantes.

Os testes rápidos envolvem uma metodologia simples com resultado em no máximo 30 minutos e apresentam sensibilidade e especificidade similares ao ELISA e Western Blot, que são os testes *padrão ouro* para detecção do HIV (MS, 2007). Esses testes devem ser utilizados quando necessário visando o diagnóstico precoce e, no caso específico das gestantes, a agilidade na aplicação de medidas de proteção da saúde da mãe e da criança (MS, 2006). Até então, os testes rápidos vinham sendo utilizados no momento do parto, primeiro para gestantes que não tinham a informação sobre a testagem ao chegarem na maternidade e, mais recentemente, para todas as parturientes independentemente de terem realizado o teste durante o pré-natal (PMPA, 2014). Ao facilitar a realização do teste anti-HIV seja durante o acompanhamento pré-natal no âmbito do atendimento primário em saúde, seja no momento do parto, se busca a aplicação imediata das recomendações profiláticas, permitindo conhecer o status sorológico materno e adotar medidas protetoras ao bebê.

Devido as características multifacetadas da epidemia e particularmente no cenário do Rio Grande do Sul onde a incidência de aids é alarmante, o matriciamento da testagem anti-HIV a partir da APS é uma estratégia importante. Além do matriciamento da testagem anti-HIV para a rede de APS em Porto Alegre, também foi criado, em 2013, um Comitê da Transmissão Vertical que se reúne mensalmente para o debater os casos de TV, suas implicações e possíveis redirecionamentos no atendimento e nas estratégias de prevenção.

A centralização da testagem na APS pode abrir caminhos para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva das comunidades, especialmente entre as mulheres, a partir de um modelo de atenção pautado pelo vínculo, a responsabilização e a

longitudinalidade no cuidado com os usuários. Porém, pouco ainda se sabe sobre como a implementação dessas ações tem acontecido na rotina dos serviços de APS e, particularmente, como tem impactado a qualidade da atenção as gestantes.

Diante disso, torna-se pertinente a realização de avaliações em profundidade voltadas à compreensão do contexto atual de implementação das diversas ações de prevenção da TV, dentre elas a realização do teste rápido na APS.

1.2 Justificativa

Em Porto Alegre a incidência de TV chega a 4,1 infectados a cada 100 nascimentos de mães HIV positivas (PORTO ALEGRE, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde esta pode ser reduzida ao risco de 2% a zero com aplicação de todas as medidas profiláticas, são elas: Teste anti-HIV durante pré-natal e trabalho de parto, uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana gestacional e no parto, cesárea profilática se carga viral acima de 1000 cópias, uso de AZT até 45 dias do bebê e aleitamento com fórmula láctea (MS, 2010). O aumento da TV está diretamente relacionado ao diagnóstico tardio, sendo que o diagnóstico precoce é definidor na adoção de estratégias para impedir a infecção. (PMPA, 2012).

O diagnóstico de HIV na gestação é extremamente impactante. O teste rápido é preconizado e comumente usado na admissão da maternidade contudo seu uso no contexto da atenção primária é política inovadora e recente no Brasil e em Porto Alegre. São preconizados pelo Ministério da Saúde os aconselhamentos pré e pós-teste anti-HIV no pré-natal, que é um momento importante de vinculação da mulher com o serviço de saúde, possibilitando estratégias preventivas e de promoção da saúde.

A gestação HIV+ exige acompanhamento especializado durante seu percurso, mas mulher pode seguir pré-natal na sua unidade de saúde, não necessitando deslocar-se a serviços desconhecidos do seu contexto de saúde habitual, sendo assim a APS favorece atenção longitudinal e integral e exalta a importância do cuidado e apoio das equipes de saúde a questões como sigilo/revelação, estigma e discriminação, saúde mental, entre outros.

1.3 Questões norteadoras

Em face do empenho em reduzir os valores da TV e contribuir para a efetividade dos processos assistenciais envolvidos e que nela culminam, este estudo que tem como tema a transmissão vertical de HIV/Aids em Porto Alegre, RS. Pretende-se avaliar a implementação do teste rápido para detecção de HIV em gestantes na atenção primária em Porto Alegre, visando identificar potencialidades e dificuldades no uso dessa tecnologia tanto no que refere à prevenção da TV quanto à promoção da saúde sexual e reprodutiva, a partir da perspectiva das usuárias e equipes de saúde.

Com foco neste cenário resultam as seguintes questões de pesquisa:

- Como está acontecendo a implementação do uso do TR anti-HIV na APS em Porto Alegre?
- Qual é a visão das usuárias e dos profissionais de saúde sobre o uso do teste rápido no contexto do pré-natal em Unidades Básicas de Saúde?
- Quais são as dificuldades e potencialidades do uso do TR anti-HIV durante o pré-natal na perspectiva das usuárias e profissionais?
- Como os profissionais da APS incluem a aplicação do TR anti-HIV no acompanhamento pré-natal e como
- lidam com situações de diagnóstico negativo e positivo?
- Quais outras ações realizadas na APS que contribuem para a redução da TV e qual a compreensão das usuárias e da equipe de saúde sobre a importância destas ações?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Investigar como o teste rápido está sendo utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de atenção primária à saúde de Porto Alegre, RS.

2.2 Objetivos Específicos

- Explorar a visão de usuárias e profissionais sobre o uso do teste rápido no contexto do pré-natal na atenção primária;
- Identificar dificuldades e potencialidades do uso do teste rápido anti-HIV durante o pré-natal na perspectiva das usuárias, profissionais e gestores no que concerne a prevenção do HIV e a promoção da saúde sexual e reprodutiva;
- Descrever como os profissionais da APS incluem a aplicação do teste no acompanhamento pré-natal e como lidam com situações de diagnóstico negativo e positivo.

3REFERENCIAL TEÓRICO

A construção do referencial teórico busca contemplar, inicialmente, a vulnerabilidade ao HIV/aids no âmbito das relações de gênero, priorizando o âmbito da saúde sexual e reprodutiva. Na sequência, na seção 3.1 se abordarão as vulnerabilidades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva que envolvem mulheres, HIV e Aids. Depois, a seção 3.2 enfocará o HIV/Aids no contexto da atenção primária em saúde. A seção 3.3 abordará a prevenção da transmissão do HIV/Aids e a inclusão do teste rápido neste contexto. Por fim a seção 3.4 traz a abordagem qualitativa na avaliação de programas de saúde.

3.1 Mulheres e HIV/Aids: vulnerabilidades no âmbito da saúde sexual e reprodutiva

A pandemia de AIDS, que assola a população mundialmente desde o final do século XX, envolve hoje um delicado contexto de práticas em ações integradas de humanização em saúde, refletindo processos sociais complexos tanto nas suas causas como nos múltiplos significados sociais e culturais atribuídos a este fenômeno ao longo do tempo. Um estigma social foi construído em torno da Aids trazendo à tona a discriminação das pessoas afetadas pela caracterização de promiscuidade, homossexualidade, usuário de drogas injetáveis, e demais. Emergente deste cenário a partir da experiência de diferentes contextos da epidemia de HIV/Aids, o conceito de vulnerabilidade tornou-se referência na construção de modelos de atenção à saúde voltados para a integralidade e a humanização dos cuidados e práticas (AYRES, 1999).

O conceito de vulnerabilidade destacou-se entre pesquisadores da saúde que buscavam soluções de enfrentamento psicossocial da Aids no início da década de 1990. No Brasil, Ayres e colegas (2003, p.123) apontam que o conceito de vulnerabilidade está definido por um *“conjunto de aspectos individuais e coletivos relacionados ao grau e modo de exposição a uma dada situação e, de modo indissociável, ao maior ou menor acesso a recursos adequados para se proteger das consequências indesejáveis daquela situação”*. O autor busca o entendimento de três esferas que norteiam a vida das pessoas e determinam diferentes níveis de vulnerabilidade: o comportamento pessoal e a subjetividade ou

a vulnerabilidade individual; o contexto social ou vulnerabilidade social; e os programas, ações e políticas de combate à doença ou vulnerabilidade programática.

Na concepção de Ayres e colegas (2003), a vulnerabilidade individual está associada a comportamentos que criam a oportunidade de infectar-se ou adoecer nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual desprotegida, uso de drogas injetáveis, transmissão vertical). Depende do grau e da qualidade da informação de que os indivíduos dispõem sobre o problema, da capacidade de elaborar essas informações e incorporá-las ao seu cotidiano, aspectos que envolvem sua história de vida e constituição subjetiva. Em seguida, a vulnerabilidade social está relacionada aos aspectos políticos, sociais e culturais combinados e é entendida como um reflexo das condições de bem-estar social que envolvem moradia, acesso a bens de consumo, liberdade de pensamento e expressão para tomadas de decisão.

Por fim, a vulnerabilidade programática está associada ao plano institucional e à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o HIV/Aids. Suas medidas vão desde o compromisso das autoridades para a resolução do problema, passando pelo financiamento, planejamento e execução das ações, até uma avaliação frequente dos programas quanto ao acesso e qualidade da atenção, por exemplo. Não estar ou *mal-estar* contemplado em um destes programas e em tudo o que ele representa pode significar uma situação de vulnerabilidade programática (AYRES et al., 2003; AYRES, 2009). Ao direcionarmos o olhar da vulnerabilidade programática para a saúde sexual e reprodutiva podemos identificar que deficiências nas orientações e no aconselhamento sobre planejamento familiar, reprodução e probabilidade de infecção pelo HIV; a não contemplação por políticas sociais que culminam na redução de boas perspectivas para o futuro ou melhoria das possibilidades de vida no desconhecimento são produtores deste tipo de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo que a maternidade perpassa barreiras sociais, culturais e econômicas constituindo um valor instaurado importante em nosso meio e podendo tornar-se o único meio de legitimação social para mulheres de camadas populares. (BORBA e CLAPIS, 2006).

Compreender as vulnerabilidades de cada pessoa é conhecer as condições que podem deixá-las em situação de maior fragilidade e expô-las ao adoecimento. No que diz respeito às DST/HIV/Aids, condições que fragilizam ou tornam a pessoa vulnerável ao adoecimento, não apenas por seu comportamento de risco, que seria o resultado final de um conjunto de aspectos de sua vida particular e coletiva, das condições socioambientais em que vive e,

ainda, das respostas que as instituições público-sociais podem dar às suas necessidades de saúde. (AYRESet al., 2012)

Para exemplificar mostraremos alguns estudos de vulnerabilidade que buscam compreender como indivíduos e populações se expõem a um determinado agravo à saúde a partir de totalidades conformadas por sínteses pragmaticamente construídas com base em três dimensões analíticas: aspectos individualizáveis (biológicos, comportamentais, afetivos); características próprias a contextos e relações socialmente configurados; e o sentido em que as tecnologias já operantes nestes contextos (políticas, programas, serviços, ações) interferem sobre a situação (AYRES 2009).

Os grupos de indivíduos referenciados por Ayres são os mais diversos e merecem cada um à sua identificação e atenção equânime de acordo com suas condições de agravo específicas. Nessa mesma direção, Garcia e Souza (2012) analisaram qualitativamente o conhecimento de uma população com 64 indivíduos jovens e adultos, brancos e negros, sexualmente ativos, de ambos os sexos, sobre DST/aids, bem como os discursos sobre o uso do preservativo e das práticas sexuais. Foi verificado que conhecimento incipiente aliado à prática sexual insegura coloca mulheres em situação de união estável, de baixa escolaridade, menor renda, sobretudo acima dos 45 anos em situação de maior vulnerabilidade às DST/Aids.

Já Bezerra e colegas. (2013) realizaram um estudo exploratório quantitativo onde objetivou-se analisar as vulnerabilidades referentes à transmissão sexual do HIV apenas entre jovens universitários em Fortaleza. Dentre 161 estudantes que responderam um questionário semiestruturado, sendo a maioria dos participantes do sexo feminino (67,1%), 63% já haviam iniciado a vida sexual, e 80% nunca haviam realizado teste anti-HIV. A média da idade na primeira relação sexual entre os jovens foi 17,2 anos e a escola foi a principal fonte de informações sobre prevenção do HIV. Ainda, observou-se conhecimentos limitados sobre prevenção ao HIV, atitudes favoráveis ao uso do preservativo, baixa percepção do risco em suas práticas, além de desconhecimento de sua situação sorológica, evidenciando a necessidade de se investir em ações sobre DST/Aids na universidade que possam atenuar a vulnerabilidade.

Seguindo a linha dos estudos em grupos de indivíduos sujeitos a situações de vulnerabilidade, Rodrigues e colegas (2012) discutem em seu artigo as representações sociais de mulheres baianas em união heterossexual estável no que diz respeito à vulnerabilidade à infecção pelo HIV/AIDS. A análise partiu de um recorte de uma pesquisa tipo descritiva e

exploratória de abordagem quali-quantitativa e revelou significância para as variáveis procedência, escolaridade e tempo de união estável, mostrando diferentes perfis de vulnerabilidade. Já mulheres da capital com 6-10 anos de união estável acreditavam na monogamia como forma de prevenção do HIV. Por fim, mulheres com maior tempo de união e nível de escolaridade mais baixotendiam a representar-se como invulneráveis, contrariamente as que tinham 1-5 anos de união e escolaridade mediana. Esses resultados indicam a necessidade de ações com o objetivo de desnaturalizar as coerções socioculturais que geram representações e aproximam mulheres em união estável da AIDS.

Como podemos verificar nos estudos apresentados acima as mulheres vivem contextos específicos de vulnerabilidade às DST/aids onde a primeira pesquisa coloca em situação de maior vulnerabilidade mulheres unidas, de baixa escolaridade, menor renda, e acima dos 45 anos. Em contraponto, o segundo estudo feito com jovens universitários demonstra que 80% das mulheres que já iniciaram sua vida sexual nunca tinham realizado o teste anti-HIV, inserindo aquelas jovens universitárias sexualmente ativas em outra posição de vulnerabilidade. (BEZERRA et al., 2013) O terceiro estudo demonstra que as mulheres casadas há mais de 6 anos acreditam que a união estável representa uma forma de prevenção à transmissão do HIV, remetendo à construções socioculturais como componentes de um cenário de vulnerabilidade. (RODRIGUES et al., 2012). Podemos então acreditar que diante do HIV/Aids a mulher em determinada condição social, biológica ou econômica apresenta situações diversas de vulnerabilidade passíveis de ações de promoção, prevenção e recuperação à saúde direcionadas, intensificando o processo de atenção integral e humanizada a partir da solidez emocional, física e proposital das equipes que serão destinadas.

3.2 HIV/AIDS no contexto da Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde

Durante o século XX tivemos a construção de um modelo de saúde privatista e excludente, onde os diversos seguimentos da população brasileira tinham diferentes acessos à saúde. Aos ricos a medicina liberal, onde cada profissional impunha seu preço, manejava esta população. Os trabalhadores, aos poucos foram adquirindo instituições organizadas de auxílio à saúde e previdência. Por fim, aos pobres restavam hospitais mantidos por comunidades religiosas, em sua maioria nas grandes cidades. Em meados da década de 60, os sistemas

privados, da previdência e de caridade não conversavam entre si, tampouco organizavam-se integralmente de modo a difundir suas diferentes práticas pelo país todo. (PAIM, 2009).

A partir da década de 70, a sociedade civil organizada em conjunto com uma crescente comunidade intelectual brasileira de pesquisadores e estudantes da área da saúde, identificou um ponto de mudança tão necessário no panorama da saúde no Brasil dando origem ao Movimento Sanitário. (PAIM, 2009). Contrapondo-se a políticas imediatistas de tratamento das epidemias, ao mesmo tempo em que estas cresciam, à força da instituição previdenciária e a migração da medicina liberal para a medicina empresarial, onde os médicos passam a atender em convênios, em 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS). Representando um avanço entre muitos aspectos, o SUS foi sedimentado na Constituição Federal de 1988, onde são documentados os seus princípios organizacionais, incluindo: a universalidade, a descentralização, a equidade, a participação social e a integralidade. (PAIM, 2009). O conjunto destes princípios idealiza criar e aprimorar uma unidade no que se refere ao atendimento gratuito e de qualidade em saúde a todo cidadão brasileiro, tornando-se base para qualquer ação ou programa voltados para a população.

As diretrizes operacionais do SUS foram estabelecidas em consonância com a tendência internacional, sublinhada na conferência de Alma Ata em 1978, de apoiar modelos de saúde centrados na Atenção Primária à Saúde (APS). Assim, a APS é apresentada como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como a atenção a indivíduos e comunidades. No Brasil, a APS incorpora os princípios da Reforma Sanitária e levou o SUS a adotar a designação Atenção Básica à Saúde (ABS) para enfatizar a reorientação do modelo assistencial, a partir de um sistema universal e integrado de atenção à saúde. (MATTA e MOROSINI, 2010). Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Saúde da Família, conferindo a ele um caráter mais permanente ao designá-lo como Estratégia de Saúde da Família (ESF) na Política Nacional de Atenção Básica em 2006.

Quando se trata do acesso da população aos serviços de saúde, a APS tem sido pensada tanto como a porta de entrada do sistema como o primeiro nível de contato da população com o sistema, aquele mais próximo às famílias e à comunidade. A Atenção é feita através das Unidades Básicas de Saúde (UBS) que devem ser o ponto central de comunicação com todos os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (p.ex.; hospitais, laboratórios, serviços especializados, assistência social, CAPS, etc.). Por isso, é fundamental que ela se

orientado pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2012).

Em uma recente pesquisa envolvendo narrativas de vida de usuários altamente utilizadores dos serviços de saúde, Oliveira e colegas (2012) concluem que a APS tornou-se um lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam e que a vida dos brasileiros seria mais difícil sem ela. Afirma que a rede básica é uma produtora de valores de uso para milhões de cidadãos e que, nesse sentido, ela deve ser defendida como uma conquista a ser consolidada e aperfeiçoada. Seu status de contato primeiro e preferencial se dá para a maioria das pessoas o que possibilita o diagnóstico e o acompanhamento de integral de muitas morbidades, dentre elas o HIV/Aids.

A identificação, em 1981, da síndrome de imunodeficiência adquirida, habitualmente conhecida como Aids, tornou-se um marco na história da humanidade. A Aids destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela grande magnitude e extensão dos danos causados às populações e pelo forte estigma social até hoje presente que associa a doença à promiscuidade sexual e degenerescência moral, marginalizando grupos como profissionais do sexo, usuários de drogas e gays (PARKER E AGGLETON, 2003.).

Desde a sua origem, cada uma das características e repercussões da Aids tem sido exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (BRITO, CASTILHO, e SZWARCOWALD, 2000). É interessante observar que o movimento de reforma sanitária e, em 1988, de criação do SUS, ocorreu exatamente em meio à eclosão da epidemia de HIV/Aids, sendo que nesse mesmo ano foi criado o primeiro Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Brasil, localizado na cidade de Porto Alegre. Essa concomitância parece ter favorecido um enfrentamento vanguardista do Brasil em relação à epidemia, abrangendo também aspectos psicossociais para além dos biomédicos. A sociedade civil organizada teve um papel preponderante nessa construção, o que veio a salientar o princípio da participação popular e do controle social do SUS.

Como fruto desse cenário, o Brasil foi um dos primeiros países no mundo a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos antirretrovirais no SUS, a partir de 1996. A política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com Aids no Brasil é considerada uma das mais bem estruturadas do mundo, incluindo também outras modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada (Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids -

SAE), hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica (MS, 2012). De acordo com Nemes e colegas (2001), quando se examina a situação da humanização no campo particular da atenção à saúde ao grupo de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, observa-se uma condição privilegiada, especialmente quando comparada à rede de saúde pública como um todo, tanto na oferta de insumos para o tratamento, quanto nos chamados “fatores humanos” para a atenção. Em seu estudo sobre adesão à terapia antirretroviral, a autora ressalta que a capacidade técnica da equipe, o acesso a exames e o suprimento de medicamentos são pontos que se destacam para os usuários destes serviços, dentre os demais. Sendo assim, a evolução neste contexto está sendo conquistada, mas a população, os serviços e seus profissionais querem mais. Foi identificado que os aspectos de interação, integralidade e por conseguinte humanização, necessitam ser trabalhados e aperfeiçoados pois são desafios consolidados que existem mediante o objetivo de uma nova cultura de atendimento focada no aspecto humanizado. Dentro deste objetivo, incluem-se novas práticas especialmente no atendimento às mulheres e gestantes com HIV.

Assim, existe um grande aparato de serviços em torno do HIV/Aids espalhados pelos países, embora grande parte deles ainda se caracterize por uma assistência especializada como os SAE e os CTA, o que é, por si, fundamental, mas que impõe dificuldades em desenvolver com profundidade e alcance comunitário ações de prevenção do HIV e de atenção integral as pessoas vivendo com HIV/aids. Foi só a partir de 2005, que ações foram implementadas no sentido de ampliar a oferta da testagem anti-HIV para os serviços de APS, visando ao diagnóstico e tratamento precoce e, portanto, a redução da mortalidade por aids. Com isso, especialmente, os CTAs foram fortalecidos enquanto serviços de retaguarda assistencial na capacitação para a realização da testagem e no aconselhamento dos serviços de APS. Porém, evidências sugerem diversas dificuldades no sentido de operacionalizar processos de trabalhos na APS, com suporte dos SAE e CTA, que atendam os princípios de resolutividade, acolhimento e humanização tanto no que concerne ao diagnóstico de HIV e acompanhamento dos portadores, quanto nas ações de prevenção e promoção da saúde sexual. (HAAG, et al., 2013).

3.3 Prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids: teste rápido durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde

As morbidades relacionadas à mulher frequentemente se associam também às suas perspectivas reprodutivas, bem como sobre o cuidado com os filhos e a família. Quando esta morbidade é definida por uma doença transmissível, como é o caso do HIV, o processo de gestação merece um olhar atencioso e efetivo. A infecção materna pelo HIV antes ou durante uma gestação, ou mesmo no período de lactação, denota a possibilidade da transmissão vertical. A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que, sem nenhuma intervenção preventiva, cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada) (MS, 2009).

Com o aumento dos índices de mulheres vivendo com HIV e, por conseguinte, da incidência de Transmissão Vertical (TV), foram tomadas medidas de saúde pública como o aconselhamento e a oferta de exames anti-HIV durante o pré-natal terapia antirretroviral e acompanhamento especializado da mãe e do bebê após o nascimento quando do diagnóstico positivo. (BRASIL, 2004).

Em uma pesquisa que avaliou a cobertura efetiva da detecção da infecção pelo HIV durante a gestação em âmbito nacional, a cobertura efetiva do teste de HIV durante a gestação foi estimada em 52% sendo que as recomendações do Ministério da Saúde foram atendidas, completamente, por somente 27% parturientes (SOUZA JR, et al., 2004). Os autores ressaltam que a ausência de detecção precoce da infecção pelo HIV durante o pré-natal representa uma oportunidade perdida de intervenção na gestante infectada, limitando as possibilidades de redução da incidência dos casos pediátricos infectados por transmissão materno-infantil. A crescente incidência do vírus HIV entre as mulheres também revela outras faces da questão. Mesmo com a disponibilização da intervenção que reduz a TV na rede pública de saúde do país, o problema da baixa cobertura e qualidade da assistência pré-natal, aliado à demora na realização do teste anti-HIV nas gestantes, retardam o diagnóstico e o início do procedimento preventivo, o que, neste caso, pode trazer prejuízos irreversíveis à mulher e seus bebês. Além disso, no plano ético, muitos profissionais da saúde julgam desnecessário aconselhar e acolher a realização do teste anti-HIV no pré-natal (SIMÕES, BARBOSA & CASANOVA, 2004), perdendo-se oportunidades de prevenção e promoção da saúde da mulher. A fragilidade do processo de detecção do HIV em gestantes e, por consequência, o desmoronamento de toda uma cadeia resolutiva para a TV, anteriormente

relatadas, recentemente propiciaram a execução de medidas federais para garantir a maior abrangência na realização dos testes para detecção do HIV.

Dada a importância do diagnóstico precoce para a prevenção da TV o ministério da saúde preconizou o aconselhamento a realização do teste para detecção de HIV na Atenção Primária à Saúde, visto que é a porta de entrada principal de muitos casos e que poderia garantir ampliação da cobertura de testagens (BRASIL, 2006). A descentralização do aconselhamento e testagem do HIV para a APS tem por objetivo ampliar a cobertura de testagem em gestantes, porém ainda não está ocorrendo com sua capacidade plena. Falta de capacitação, dificuldade em descentralizar serviços, retenção de conhecimento, pouca vontade de trabalhar afetam de sobremaneira o acesso precoce da gestante ao teste anti-HIV. O aconselhamento culmina em não se constituir uma prática cotidiana devido as limitações técnicas, institucionais e de relacionamento entre profissionais e usuárias (ARAÚJO, 2005).

A ampliação do acesso das gestantes ao diagnóstico da infecção pelo HIV também é salientada na política do Projeto Nascir, lançado pelo Ministério da Saúde em 2003, e cuja ação principal é o aconselhamento e testagem rápida para HIV para as parturientes, bem como o controle da morbimortalidade por sífilis congênita. As recomendações do Projeto Nascir podem ser divididas em cinco grupos de atividades: 1) realização do teste rápido em todas as parturientes que não tenham realizado esta testagem durante o pré-natal, 2) provimento de terapia antirretroviral para a parturiente soropositiva e o recém-nascido exposto, 3) manejo adequado do trabalho de parto e parto, 4) inibição da lactação e provimento de fórmula láctea infantil e 5) notificação do caso e seguimento da puérpera soropositiva e o recém-nascido exposto até definição de seu estado sorológico (em torno de 18 meses) (BRASIL, 2002).

Estas e outras medidas possuem grande valor social e histórico na melhoria das condições de saúde da população e torna-se imprescindível avaliar seus objetivos, implementações e resultados. Mas associadas à elas vêm questões que merecem atenção, como o aparecimento de conflitos éticos e estresse materno-familiar frente a realização do teste e à possibilidade da soropositividade que deverão ser gerenciados pela equipe de saúde. (SILVA et al., 2012).

3.4 A abordagem qualitativa na análise de programas de saúde

As razões para a criação e implantação de uma nova política ou de um novo programa de saúde podem ser muito diferentes e às vezes até contraditórias. Enquanto que há políticas e programas que são sobretudo um meio de propaganda governamental ou institucional, outros visam à circulação de ideias mesmo à mudança da prática assistencial. Idealmente, o objetivo deveria ser mudar as práticas e rotinas que constituem o dia a dia das intervenções e cuidados oferecidos a usuários, famílias ou comunidades que utilizam o sistema de saúde, por meio da promoção de novas formas de compreensão e ação diante dos problemas identificados por qualquer um dos segmentos que compõem o sistema de saúde. Neste contexto de busca de transformação técnica e social faz-se importante a análise e avaliações dos programas de saúde para verificar se eles atingem seus objetivos e talvez revê-los para propor mudanças que resultem na melhoria da qualidade da assistência à população (BOSI & MERCADO, 2010).

A busca de uma forma de avaliação que se realize em simultaneidade com o processo de mudança é uma tendência crescente que se consolidou no que hoje se conhece como avaliação participativa. Nesse entendimento, avaliar programas ou práticas em saúde é trabalhar com e não sobre as pessoas envolvidas nos mesmos, como os profissionais de saúde e/ou com a população. A avaliação participativa envolve ativamente as pessoas interessadas ou diretamente afetadas pelo programa a ser avaliado, tendo sido criada como alternativa ao modelo tradicional de avaliação baseado na opinião de especialistas com uma visão de fora do contexto, geralmente de caráter quantitativo. (CHIANCA, 2001). Assim, a avaliação participativa é a variante com maior crescimento no mundo inteiro e tem por princípios: a participação dos usuários e/ou trabalhadores do programa/serviço de saúde na determinação do foco da avaliação, dos dados a serem coletados e dos critérios e valores utilizados para a análise do fenômeno estudado; a apreciação do valor do saber empírico dos participantes e do contexto em que o programa se desenvolve; a produção de dados relevantes para aqueles que utilizam o programa e nele trabalham, tornando mais provável que a avaliação seja utilizada para a mudança. (CHIANCA, 2001).

Ao questionar-se a exclusividade dos tradicionais indicadores quantitativos para avaliação de serviços e programas de saúde, advoga-se que, para desenvolvimento e compreensão das múltiplas e complexas faces do processo de saúde e doença, é imprescindível o reconhecimento da subjetividade (UCHIMURA & BOSI, 2004), das

representações simbólicas e dos significados atribuídos pelos sujeitos aos fatos, relações e práticas (DESLANDES & GOMES, 2004). Essa abordagem permite alavancar a capacidade de gerenciar os serviços e de formar profissionais da saúde orientados a uma assistência com equidade, integral e humanizada.

É, portanto, ao agregar as contribuições da ótica qualitativa crítica na área da avaliação que podemos efetivamente captar, conhecer, compreender e, assim, construir estratégias que transformem os dilemas, impasses e contradições que perpassam a assistência à saúde nos marcos do modelo biomédico, particularmente no campo reprodutivo onde entram as relações de gênero e sua construção social bem como a eventual posição de submissão da mulher nas diversas relações do cotidiano. Esta abordagem capacita a propor mudanças que efetivamente considerem e incorporem as necessidades e expectativas de cidadania dos/as pacientes e dos/as profissionais de saúde, atores fundamentais que protagonizam a assistência à saúde (BOSI & MERCADO, 2010).

Trabalhos importantes têm surgido, aprimorando as técnicas de pesquisa na área da avaliação em saúde e desbravando novas possibilidades. Bosi e Mercado (2006) fizeram um levantamento destes trabalhos onde expõem sua visão sobre estes novos panoramas. Eles mostram que Akerman e colegas (2002) trazem um panorama sobre a promoção em saúde baseada na avaliação participativa como um caminho para se discutir as práticas criticamente. Minayo (2005) contribui ao propor a avaliação por triangulação de métodos em pesquisa de saúde que possibilita a interação, crítica intersubjetiva e comparação entre diferentes fontes de dados. Ainda, Curiel (2005) apresenta uma avaliação formativa sobre um projeto de educação sexual que combina a observação participante, estudos etnográficos, entrevistas em profundidade, estudo de caso e análise de conteúdo, constituindo-se em um rico trabalho metodológico (BOSI e MERCADO, 2006).

Estes e outros trabalhos permitem identificar a importância da pesquisa qualitativa e seus avanços na construção de um panorama de saúde eficaz, com compreensão das diferenças, identificação das vulnerabilidades, construção de conhecimento, interação entre equipes e gestores e edificação de uma vida melhor para todos.

Considerando a avaliação em saúde na área do HIV/Aids, vários estudos de caráter qualitativo já foram desenvolvidos enfocando serviços especializados de atenção as pessoas vivendo com HIV e em centros de testagem e aconselhamento. Abdalla e Nichiata (2008) fizeram um estudo com grupos focais e entrevista semiestruturadas com a equipe de Saúde de uma UBS em São Paulo a fim de discutir situações que envolvem questões de privacidade e

sigilo das informações nas experiências de assistência às mulheres portadoras do HIV. Nele foi identificado que a mulher revela o seu diagnóstico quando há confiança e vínculo na relação da usuária com o profissional.

Em outro estudo, Ferraz e Nemes (2009) realizaram uma avaliação da implantação das atividades de incorporação da prevenção das DST/Aids em uma unidade de saúde da família na região metropolitana da cidade de São Paulo. Para tal utilizaram-se de observações e entrevista semiestruturadas com profissionais do serviço. Verificou-se que as atividades eram incorporadas à rotina da unidade, mas esvaziadas à medida que se defrontaram com a falta de diálogo e atenção à singularidade dos usuários, favorecendo a formação de novos valores no cotidiano da atenção básica.

Mais recentemente, um menor número de estudos nessa perspectiva envolvem a avaliação de ações de prevenção e até se assistência em HIV/Aids nos serviços de APS. Esses estudos mostram a necessidade concretização de arranjos integrais, o estabelecimento do vínculo e do acolhimento como desafios, o enfrentamento às questões de gênero e vulnerabilidades. Estes fatores são particularmente importantes para pensarmos a saúde sexual e reprodutiva feminina.

Dentro deste cenário, a inclusão da obrigatoriedade da realização do teste rápido na Atenção Primária à Saúde e sua repercussão dentro dos aspectos individual, profissional, coletivo e feminino faz com que esta pesquisa se encaixe, trazendo a possibilidade de uma visão integral sobre o tema estudado. Verificou-se que em muitas das pesquisas com abordagem qualitativa relacionadas ao tema, os profissionais de saúde são os sujeitos mais abordados. Em nosso projeto iremos analisar o olhar das usuárias e dos profissionais numa tentativa de integralizar a perspectiva do que acontece na unidade de saúde. Ainda utilizaremos ferramentas da pesquisa qualitativa como a análise documental para enriquecer os achados e potencializar as discussões.

Assim, constitui-se este um estudo necessário à compreensão integral do processo que envolve o uso do teste rápido na atenção primária de Porto Alegre. Sendo ele uma tecnologia nova inserida no Estado que possui altos índices de infecção pelo HIV e de transmissão vertical do HIV e da Sífilis.

4PROPOSTA METODOLÓGICA

4.1 Contextualização do estudo e Universo Empírico

A vigilância epidemiológica da Gestante HIV+ e Criança Exposta iniciou em setembro de 2001 em Porto Alegre sob a responsabilidade da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis e desde então vem sendo realizado o monitoramento dos índices de transmissão vertical que norteiam o planejamento de ações para a sua redução. Porto Alegre possui 8 Gerências Distritais de Saúde que são distribuídas entre as seguintes regiões da cidade: Centro, Noroeste/Humaitá/Navegantes/Ilhas, Norte/Eixo Baltazar, Leste/Nordeste, Glória/Cruzeiro/Cristal, Sul/Centro-Sul, Partenon/Lomba do Pinheiro, Restinga/ Extremo Sul. Conforme o SINAM os índices de infecção pelo HIV de nascidos vivos variam entre as gerências de 9,29% a 15, 51% do total de nascimentos com mães HIV+, demonstrando poucas diferenças entre elas e identificando o panorama crítico do município de Porto Alegre em relação à Transmissão Vertical. (SMS, 2013).

No ano de 2012, foram notificados e investigados 400 casos de gestante HIV+ residentes em Porto Alegre, conforme dados do SINAN. Dentre estes casos, três crianças foram infectadas e 338 permanecem em acompanhamento. Também é importante ressaltar que até o mês de abril de 2013, 31,5% das mães de crianças que se infectaram na gestação/parto não fizeram nenhuma consulta pré-natal, contra 15,3% das mães de crianças que se infectaram na gestação/parto que fizeram 7 ou mais consultas demonstrando a importância do acompanhamento pré-natal na prevenção da TV. Esses dados são muito preocupantes já que a detecção precoce do HIV e o cumprimento das recomendações da profilaxia da TV durante a gestação, parto e pós-parto são capazes de diminuir os índices de TV a níveis entre zero e 2% (MS, 2007).

Buscando diminuir a incidência alarmante de TV em Porto Alegre, bem como o diagnóstico precoce da infecção, a partir de 2011, a Coordenação da Política de DST/HIV/Aids do município capacita periodicamente todas as equipes de APS na utilização de kits de teste rápido anti-HIV. Portanto, a partir de 2012, teve início o matriciamento da testagem anti-HIV para a APS, tendo como um dos focos prioritários a detecção de HIV entre gestantes que devem realizar o exame a cada trimestre gestacional. Com base em uma parceria entre pesquisadores do PPG Saúde Coletiva da UNISINOS, gestores e profissionais

de saúde do município de Porto Alegre, teve início em 2014 um estudo que avalia o impacto do uso do teste rápido na rede de APS de Porto Alegre na incidência de TV (Projeto TESTAPOA-TV). Desse modo, o presente estudo fará parte desse esforço maior de pesquisa e pretende fornecer dados sobre o processo do uso do teste rápido para gestantes na rotina de atendimento de uma unidade de APS.

A unidade de saúde será selecionada por conveniência, visto que há uma homogeneidade nos índices de transmissão vertical em todas as gerências distritais do município. Será realizada uma negociação para a entrada em campo junto aos gestores da rede de Atenção Primária à Saúde e da política de DST/HIV/Aids. Sobre isso, destaco que venho participando de reuniões entre o gestor e assessores da política de DST/HIV/Aids e a equipe do projeto TESTAPOA-TV, do qual faz parte minha orientadora. A partir destas reuniões também surgiu o convite para participar das reuniões mensais do Comitê da Transmissão Vertical de Porto Alegre. Este comitê foi criado a fim de discutir casos de onde crianças se infectaram ou com risco acrescido durante o pré-natal, de modo que possam ser identificados e tratados pontos críticos e falhas no processo assistencial destas gestantes e seus filhos que possibilitaram a TV. Para cada reunião são selecionados 3 ou 4 casos onde são convidados a participar das discussões representantes dos diversos serviços de saúde envolvidos (hospitais, unidades básicas, serviços especializados) que estiveram envolvidos no cuidado de cada caso. O intuito claro dos encontros é de que não sejam apontados culpados ou responsáveis pelo ocorrido, mas sim que suas falhas sejam reconhecidas e imediatamente tratadas para que não ocorram novamente. Em todas essas ocasiões, tenho podido discutir minhas pretensões de pesquisa, conhecer pessoas que trabalham em pontos importantes da rede assistencial na área que investigarei. Isso tem favorecido minha inserção no campo que pretendo investigar e propiciará o contato com profissionais ligados a unidade de atenção primária à saúde que eventualmente possa ser campo de coleta de dados.

Após a etapa de negociação da entrada em campo, serão convidados a participar da pesquisa profissionais de saúde, de diferentes formações, envolvidos em distintos processos do atendimento pré-natal no que se refere ao teste rápido anti-HIV em uma unidade de saúde, assim como gestantes em qualquer período da gestação que realizam, independentemente do número de consultas já efetuadas, seu acompanhamento na unidade que foi selecionada.

A definição da estrutura da amostra se dará pela amostragem teórica. Nessa concepção, a extensão da população não é previamente conhecida e os critérios de amostragem podem ser definidos durante a etapa da coleta. Seu tamanho não é definido

estritamente e sua conclusão acontecerá mediante o critério de saturação teórica. (FLICK, 2009, p.123). Portanto, neste trabalho a amostragem será construída no contato com o campo enquanto os dados para o estudo estiverem sendo coletados.

Mesmo assim, considerando que, no geral, uma unidade de saúde é composta por uma equipe multiprofissional (médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários e outros profissionais de saúde como odontólogos, psicólogos, nutricionistas), estima-se que serão entrevistados pelo menos oito profissionais de saúde de diferentes formações. No que concerne às gestantes, espera-se entrevistar em torno de sete usuárias que estejam frequentando o serviço em diferentes momentos de sua gestação. Embora não se busque especificamente selecionar gestantes vivendo com HIV/aids acompanhadas pela unidade de saúde dentre as participantes, eventualmente elas poderão ser entrevistadas caso desejem, conforme manifestem esse interesse quando do convite feito pelo profissional de saúde para pesquisa.

4.2 Delineamento e procedimentos de coleta de dados

A escolha metodológica pela abordagem qualitativa é embasada pela necessidade de alcançar uma parte da realidade que não pode ser traduzida apenas em números, mas que pode trabalhar com significados, motivos, crenças, aspirações, valores e atitudes (MINAYO, 1994). Para Triviños (1988), a abordagem qualitativa possui dois traços fundamentais que a definem: a concepção sobre a natureza imparcial dos fenômenos, do conhecimento e do ser humano e a rejeição da neutralidade do saber científico. Além disso, a pesquisa qualitativa se caracteriza por ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave. Ela está voltada preferencialmente para a compreensão do processo mais do que para os resultados e por utilizar referencial indutivo, preocupa-se centralmente com o significado em torno do fenômeno investigado. Estes fatores tornam a pesquisa de caráter qualitativo uma importante ferramenta de compreensão de fenômenos sociais diversos, sobretudo os que representam diretamente a saúde, bem como auxílio direto aos governantes, gestores diretos e idealizadores de programas sociais.

Neste estudo a pesquisa de natureza qualitativa terá caráter descritivo e exploratório, de inspiração etnográfica, visando avaliar o uso do teste rápido na Atenção Primária à Saúde em uma unidade de saúde de Porto Alegre. Além de buscar a compreensão dos processos sociais existentes a partir dos relatos obtidos, a pesquisa terá uma participação prolongada no

desenvolvimento do processo interno do uso do TR na unidade durante o trabalho e, por conseguinte, a visão a partir de uma perspectiva também interna com o uso flexível dos métodos de coleta que serão citados em seguida. Daí afirma-se que este trabalho possui elementos etnográficos que culminarão no enriquecimento das análises posteriores.

A pesquisa contará com quatro fases principais: elaboração do projeto, sua submissão e análise pelos Comitês de Ética em Pesquisa da UNISINOS e da Prefeitura Municipal de Porto Alegre; coleta de dados na unidade de saúde pelo período mínimo de dois meses; transcrição e organização dos dados obtidos; análise, discussão da pesquisa e apresentação dos resultados.

No que refere-se à coleta de dados, inicialmente haverá a inserção na unidade de saúde onde as formalizações de regularização da documentação para início da pesquisa, apresentação à equipe e entendimento da rotina do local serão realizadas. Paralelamente, a participação nas reuniões do Comitê de Transmissão vertical serão mantidas a fim de melhorar o entendimento sobre o objeto da pesquisa e associá-lo à visão da inserção na unidade de saúde.

A aproximação aos participantes para a realização da pesquisa e, no decorrer do estudo, das entrevistas em profundidade, será feita por intermédio do gestor responsável pela unidade de saúde no momento. Ele deverá autorizar a realização da mesma. Com sua anuência formal, se buscará, inicialmente, explicar os objetivos e procedimentos da pesquisa para os profissionais da equipe que, posteriormente, também irão intermediar o contato com as gestantes usuárias do serviço.

A concepção inicial do trabalho estará ancorada no interesse pelas rotinas e processos diários de trabalhos e pela produção da realidade social a partir das perspectivas internas (dos próprios atores) e externas (do pesquisador e da visão ampliada obtida nas reuniões do Comitê da Transmissão vertical, por exemplo). Esta postura orienta a escolha dos métodos de coletas de dados a serem utilizados, que serão: Observações participante, entrevistas semiestruturadas e em profundidade, utilização de documentos e diário de campo.

A observação participante consiste em dirigir, planejar e refletir o registro de uma perspectiva interna do pesquisador sobre o campo estudado, com a possibilidade de poder perceber pontos específicos no que for cotidiano e rotineiro no campo. (FLICK, 2009). Assim, se procurará entender as rotinas da unidade de saúde e observar detalhadamente situações específicas do processo de funcionamento do local, tais como agendamento e

espera para consultas e procedimentos, atividade de acolhimento, reuniões de equipe, como ocorrem as capacitações e ações rotineiras.

As entrevistas semiestruturadas consistem em tópicos com questões abertas que serão mencionadas pelo entrevistador à pessoa entrevistada. Ela é estruturada no objeto da pesquisa e visa revelar o conhecimento existente tornando-o acessível à interpretação. Para esse projeto foi elaborado um roteiro para a entrevista com as gestantes e outro para os profissionais, conforme é detalhado nos Apêndices C e D, respectivamente. As entrevistas serão realizadas pela pesquisadora que buscará a profundidade e a espontaneidade das narrativas. As mesmas serão gravadas em áudio para posterior transcrição e terão seu caráter individual com cada participante.

Já quanto à utilização de documentos como dados para a pesquisa qualitativa pode trazer muitas informações acerca do que está sendo pesquisado. Ela é complementar à utilização de outros métodos para a pesquisa e pode enriquecer e consumir informações sobre a construção da história de vida de uma pessoa. Serão analisados documentos da unidade pertinentes ao uso do teste rápido para HIV nos pré-natais e para os quais o acesso foi permitido à pesquisadora. Espera-se consultar prontuários das participantes entrevistadas, atas de reuniões, relatórios de atividades, pareceres, dentre outros, a fim de obter a triangulação dos achados da pesquisa. Os prontuários das gestantes, por exemplo, podem conter características das mesmas, bem como do processo de atendimento pré-natal e seu histórico no serviço de saúde, o que complementar as outras técnicas de coleta, evidenciando fatos ou adicionando novos.

Todos os dados provenientes de entrevistas e de prontuários das usuárias só serão coletados após assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes.

Somado aos demais, o Diário de Campo é um método de coleta de dados permanente, que perdura desde a pesquisa em sua fase pré-projeto até o momento das suas análises e discussões. Consiste em um manuscrito atualizado constantemente e abrangendo reflexões sobre o processo dos acontecimentos de tudo o que norteia a pesquisa (FLICK, 2009). O pesquisador o tem como um método livre de inserção de conteúdos que podem ser esquecidos ou distorcidos com o passar do tempo pois é possível retroceder a um momento específico descrito no mesmo e atentar-se aos detalhes daquele momento verificando sua utilidade e pertinência para o decorrer das análises. No caso desta pesquisa, o Diário de Campo foi iniciado com a inserção nas reuniões do Comitê de Transmissão Vertical do

HIV/Sífilis de Porto Alegre, que permitirão as negociações da pesquisadora com os responsáveis pela unidade de pesquisa a ser analisada, bem como a apropriação da realidade factual do assunto neste município.

4.3 Análise dos dados

Com base nos diários de campo, pesquisa documental e relatos dos/das participantes em entrevistas, pretende-se realizar uma análise de conteúdo qualitativa (MINAYO, 2010), envolvendo a perspectiva de usuárias e profissionais gestores sobre o uso do teste rápido anti-HIV durante o acompanhamento pré-natal em uma unidade básica de saúde.

Para auxílio na elaboração desta análise utilizaremos o software de pesquisa qualitativa NVIVO versão 10.0. Inicialmente, o material das entrevistas, observações e achados documentais serão transcritos e organizados. Depois disso, o material empírico, bem como os diários de campo, passará por leituras sucessivas a fim de construir categorias temáticas de análise que respondam aos objetivos da pesquisa. A partir destas análises, será desenvolvido um relato dos achados, buscando-se selecionar recortes das entrevistas e demais dados para ilustrar e discuti-los a luz da literatura e da fundamentação teórica relacionada ao conceito de vulnerabilidade (AYRES et al., 2013) e da avaliação qualitativa em saúde (BOSI; MERCADO, 2006).

Neste estudo a abordagem está focada na análise do uso de uma tecnologia em saúde sob a perspectiva das relações de cuidado e das vulnerabilidades em saúde. Uma avaliação dos processos envolvidos na testagem rápida anti-HIV tem a sua relação com o ambiente externo em que se inserem (p.ex., políticas e ações da gestão estadual e federal, contexto geral da epidemia no país e na cidade, etc) e o ambiente institucional onde ocorrem (p.ex., políticas e ações da gestão municipal, gestão da APS, contexto da comunidade em que a unidade está inserida, etc). A análise do uso da testagem rápida anti-HIV no decorrer da pesquisa poderá levar em consideração três categorias multidimensionais que são: acesso, qualidade das ações e responsividade entre o sistema de serviços e as necessidades dos usuários. (PENCHANSKY, 1981).

5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A AIDS trouxe à tona questões éticas imprescindíveis para preservar o ser humano. Vale ressaltar que, inicialmente, adotaram-se Propostas e Diretrizes Éticas Internacionais para a Pesquisa Biomédica Envolvendo Seres Humanos (CIOM/MS1982 e 1993), incorporando a Declaração de Helsinque, que foi adotada, em muitos países, inclusive no Brasil, como referencial ético. A partir dessa iniciativa, foram se institucionalizando normas éticas de pesquisa com seres humanos, contidas na Resolução 466/2012. (PINHEIRO et al., 2005).

Ao se deparar com a síndrome ou mesmo com a possibilidade de carregar o vírus consigo, muitas pessoas em suas trajetórias defrontam-se com situações delicadas. Culminam então as questões éticas que muitas vezes envolvem os profissionais de saúde e necessitam de uma reflexão crítica sobre o cuidado e o que eticamente o envolve.

Pontos delicados como o sigilo, a confidencialidade, os direitos e as necessidades do indivíduo, a informação verdadeira e a liberdade são frequentemente discutidos. Cada caso, individualmente, traz aspectos éticos de diferentes facetas que devem ser levados em consideração e imersos no cotidiano das equipes. A ética deve nortear as atividades, tomadas de decisões, trato com pacientes e pesquisas a fim de tornar o indivíduo e a sociedade melhores.

A aprovação deste projeto será definida pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre através da Plataforma Brasil.

Este trabalho terá sua estrutura no respeito às pessoas orientado pela ética conforme a realização das suas etapas. Para sua realização os participantes assinarão voluntariamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que constará com os objetivos da pesquisa, a possibilidade de desistência em qualquer momento, o anonimato, entre outros. Este TCLE constitui um documento jurídico e firma a parceria entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa, facilitando a comunicação e envolvendo-o no processo. Vale ressaltar que este Termo não isenta a responsabilidade do pesquisador, mas garante a ação ética a fim de proteger a dignidade e integridade da pessoa.

Sendo assim, estas condições respeitam a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Entende-se que os procedimentos de coleta de dados dessa pesquisa não representarão riscos para os participantes para além daqueles que seriam habituais no cotidiano do atendimento dos serviços de saúde. O contato com as mulheres para

participação na pesquisa será feito sempre por meio dos profissionais de saúde, buscando-se respeitar aspectos de sigilo e autonomia para a participação. No caso dos profissionais, os mesmos serão convidados a participar voluntariamente e as entrevistas serão agendadas de modo a não prejudicar a rotina de atividades. Todas as entrevistas serão realizadas em uma sala reservada na própria unidade de saúde. Caso alguma pergunta cause qualquer constrangimento aos participantes, a liberdade de não responder será garantida, conforme explicitado previamente no TCLE. Qualquer eventual situação de risco identificada entre as gestantes durante as entrevistas e que não seja do conhecimento dos profissionais da unidade, serão manejadas junto à usuária e o profissional de referência da usuária na sua própria unidade de saúde. Especificamente, se prevê a possibilidade de que alguma das gestantes entrevistadas seja portadora do HIV. Nesse caso, se buscará manter a liberdade da entrevistada em revelar ou não seu diagnóstico à entrevistadora, buscando centrar a entrevista nos aspectos do pré-natal e da experiência do teste rápido nesse contexto.

Em termos dos benefícios envolvidos na pesquisa, considera-se que haverá modestos benefícios diretos às gestantes, embora o momento de entrevista possa propiciar um espaço de escuta e reflexões sobre sua saúde e sua gravidez. Com relação aos profissionais, entende-se que as entrevistas poderão também possibilitar reflexões sobre sua prática e sobre o trabalho em equipe da unidade no que tange ao uso do teste rápido nos pré-natais. Em termos dos benefícios mais amplos da pesquisa, os resultados da pesquisa serão apresentados para os profissionais envolvidos e para os gestores do município, buscando-se fomentar discussões e orientar a condução local da política de HIV/aids na área da saúde materno-infantil, além das potenciais contribuições científicas da proposta.

6 DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

O artigo científico elaborado a partir deste trabalho será divulgado para a coordenação da política de HIV/AIDS do município de Porto Alegre e para o Comitê da Transmissão Vertical do município, quando também serão convidados os profissionais da unidade de saúde onde ocorreu a coleta de dados. Espera-se poder contribuir para um melhor domínio sobre o assunto auxiliando assim a continuidade das estratégias atuais e a construção de novas estratégias se necessário. Também pretende-se apresentar os resultados em eventos científicos e por meio da publicação de um artigo em uma revista científica da área da saúde.

7 ORÇAMENTO

O orçamento para execução do estudo está descrito no quadro que segue, sendo que os custos serão financiados pela pesquisadora.

MATERIAIS / SERVIÇOS	QUANTIDADE	VALORES (R\$)
Gravador digital (MP3)	1 unidade	250,00
Impressão	500 páginas	95,00
Encadernação espiral	05	50,00
Encadernação capa dura	04	150,00
Transporte ao trabalho de campo	48 passagens	141,60
TOTAL		686,60

8 CRONOGRAMA

ETAPAS	2014												2015				
	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	J	F	M	A	M
Revisão de literatura	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Elaboração do Projeto de Pesquisa	■	■	■	■	■	■	■	■									
Avaliação pelos Comitês de Ética em Pesquisa Unisinos e SMSPA									■	■							
Qualificação do Projeto de Pesquisa									■	■							
Coleta de dados									■	■	■						
Organização e análise de dados										■	■	■	■				
Análise e discussão dos dados												■	■	■			
Elaboração do artigo científico relatório final													■	■			
Defesa da dissertação															■	■	
Submissão do artigo em periódico indexado															■	■	■

REFERÊNCIAS

- ABDALLA, Fernanda Tavares; NICHATA, Lúcia Yasuko Izumi. *A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no município de São Paulo, Brasil*. Saúde Soc, v. 17, n. 2, p. 140-152, 2008.
- AKERMAN, Marco et al. Avaliação em promoção da saúde: foco no município saudável. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 5, p. 638-646, 2002.
- ARAÚJO, Maria Alix Leite et al. *Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV*. Rev bras enferm, v. 61, n. 5, p. 589-94, 2008.
- AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; BUCHALLA, C. M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. Paiva V, AyresJRCM, Buchalla CM, organizadores. *Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde*. Livro I: da doença à cidadania. Curitiba: Editora Juruá, p. 9-22, 2012.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. *O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios*. In: Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências. Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita et al. *Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids; Vulnerability and prevention in Aids*. 1999.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas*. Saúde soc., São Paulo, v. 18, supl. 2, Junho 2009.
- AZEVEDO, Anamaria F.; GUILHEM, Dirce. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/Aids. DST J Bras Doenças Sex Transm, v. 17, n. 3, p. 189-96, 2005.
- BEZERRA, Elys Oliveira et al. *Análise da vulnerabilidade sexual de estudantes universitários ao HIV/AIDS*. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene, v. 13, n. 5, 2013.

BORBA, Kátia P.; CLAPIS, Maria José. *Mulheres profissionais do sexo e a vulnerabilidade ao HIV/AIDS*. DST–Jornal brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis, v. 18, n. 4, p. 254-258, 2006.

BOSI, Maria Lucia Magalhães; MERCADO, Francisco J. *Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes*. Petrópolis: Vozes, 2006.

BRASIL. Constituição, 1988. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Saraiva, 2000.

_____. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. *Caderno de Atenção Básica no. 18*. Brasília, 2006. Disponível:
http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd18.pdf Acesso em: 11 nov 2013

_____. Ministério da Saúde. *Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso*. Brasília; 2007.

_____. Programa Nacional de DST/AIDS. Boletim Epidemiológico DST/AIDS 2013;

_____. Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf>
Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, 2004. Disponível em:
<http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf>
Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Programa Nacional de DST e Aids*. Plano operacional de para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério de Saúde. *Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes - Versão Preliminar*. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. 2010.

_____. *Portaria n° 2104*, de 19 de novembro de 2002. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o Projeto Nascer. Brasília, 2002.

_____. *Resolução 466/12* Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasil, 2012. Disponível em <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 30 setembro 2013.

Brasil/Canadá, Porto Alegre, v1, n. 1, 2001.

BRITO, Ana Maria et al. Tendência da transmissão vertical de Aids após terapia anti-retroviral no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, v. 40, n. supl., p. 18-22, 2006.

BRITO, A.; CASTILHO, A.; SZWARCOWALD, C. *AIDS e Infecção Pelo HIV no Brasil: Uma Epidemia Multifacetada*. Revista de Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, v. 34, n. 2, p. 207-17, 2000.

CHIANCA, Thomaz; MARINO, E.; SCHIESARI, L. *Avaliando programas sociais: conceitos, princípios e práticas*. Desenvolvendo a cultura de avaliação em organizações da sociedade civil. São Paulo: Global, 2001.

CRESWELL, J. *Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2007.

DESLANDES, SUELY FERREIRA, E ROMEU GOMES. "A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde: notas teóricas." *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*(2004): 99-120.

FEYERABEND, P. *Contra o método*. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1989.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTOURA, R. T., & MAYER, C. N. *Uma breve reflexão sobre a integralidade*. RevBrasEnferm, 59(4), 532-7. 2006

- GARCIA, S. & SOUZA, F. M. *Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração*. Saúde soc., São Paulo , v. 19, supl. 2, Dec. 2010
- GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PICCININI, Cesar Augusto. *Experiência da maternidade no contexto do HIV/Aids aos três meses de vida do bebê*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, v. 24, n. 4, p. 459-470, 2008.
- GUILHEM D. *Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids*. Brasília: Editora da UnB; Finatec; 2005.
- GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Anamaria Ferreira. *Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da aids*. Revista Bioética, v. 16, n. 2, 2009.
- HAAG, Cristina Beatriz; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; BARCELLOS, Nêmora Tregnago. *Management and work processes in Voluntary Counseling and Testing Services in Porto Alegre city, Brazil, in the perspective of their counselors*. Physis: Revista de Saúde Coletiva, v. 23, n. 3, p. 723-739, 2013.
- HABERMAS, J. *Escritos sobre moralidad y eticidad*. Barcelona: Paidós - I. C. E. de la Universidad Autónoma de Barcelona, 1998.
- IÑIGUEZ, Lupicínio. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MAINGUENEAU, Dominique. *Termos-chave da análise do discurso*. Tradução de Márcio V.Barbosa e Maria E. A. T. Lima. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. *Atenção Primária à Saúde*. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). Dicionário da Educação Profissional em Saúde, v. 1, 2010.
- MATTOS, R. A., & PINHEIRO, R. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro (RJ): Hucitec-ABRASCO; 2004.
- MINAYO, M. C. S. (1994). *Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social*. In M. C. S. Minayo (Org.), Pesquisa social: Teoria, método e criatividade (5a ed., pp. 9-18). Petrópolis, RJ: Vozes.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p. Saúde em debate, v. 46, 2001.

MORIMURA, M.C.R., et al. (2006). *Freqüência de testagem rápida para o HIV durante a admissão para o parto em puérperas no Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira, IMIP*. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, 6(Supl 1), s69-s76.

NAVA Y., VARELLA I., SANTOS B. R., ET AL., *Risk-Taking Behavior for HIV Acquisition during Pregnancy in Porto Alegre, Brazil*, Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology, vol. 2012, Article ID 490686, 6 pages, 2012. doi:10.1155/2012/490686

NEMES, Maria Ines Battistella et al. *Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil* Evaluating quality of care in an AIDS program: health services research issues in Brazil. Cad. saúde pública, v. 20, n. Sup 2, p. S310-S321, 2004.

OLIVEIRA, M. M. *Metodologia Interativa: um processo hermenêutico dialético*. Interfaces Brasil/Canadá, v. 1, n. 1, p. p. 67-80, 2012.

OLIVEIRA, Luiz Carlos et al. *A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?*. Ciência & Saúde Coletiva, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

OLIVEIRA, Regiani Nunes; TAKAHASHI, Renata Ferreira. *As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes*. Saúde Coletiva, v. 8, n. 54, p. 234-238, 2011.

OMS. *HIV/AIDS*. Em: <<http://www.who.int/features/qa/71/en/>>. Acesso em: 25 de julho de 2014.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de Salud (HSR-HSP)*. El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Buenos Aires: OPAS, 1997.

PAIM, J. S. O que é o SUS. Fiocruz, 2009.

PARKER, R., & AGGLETON, P. *HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action*. *Social Science and Medicine*, 57(1), 13-24, 2003.

PAULILO, Maria Angela Silveira. *AIDS: os sentidos do risco*. São Paulo: Veras Editora, 1999.

PENCHANSKY DBA, THOMAS JW. *The Concept of Access: definition and Relationship to Consumer Satisfaction*. *Medical Care* 1981;19(2):127-140.

PINHEIRO, P.N.C.; VIEIRA, N.F.C.; PEREIRA, M. L. and BARROSO, M.G.T. *O cuidado humano: reflexão ética acerca dos portadores do HIV/AIDS*. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2005, vol.13, n.4, pp. 569-575. ISSN 0104-1169.

PITANGUY, J. *Saúde e Cidadania: Ciências Sociais e Medicina*. In: HARDY, E.; OSIS, M.J.D. & CRESPO, E.R. (Orgs.) *Ciências Sociais e Medicina. Atualidades e Perspectivas Latino-americanas*. Campinas/SP, CEMICAMP, 1995

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde . *Porto Alegre: A transmissão vertical do HIV em Porto Alegre: Cenário atual e perspectivas de mudança*. 30 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint. SMS, 2013

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Nota Técnica nº 01/2014*.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria nº 289 de 14 de março de 2012*.

RECH, C. M. F. *Humanização hospitalar: o que pensam os tomadores de decisão a respeito?* São Paulo 2003. Diss. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)–Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

RODRIGUES, Larissa Silva Abreu et al . *Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais*. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo , v. 46, n. 2, Apr. 2012 .

SANTOS, Naila JS et al. *Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade*. *Rev saúde pública*, v. 36, n. 4 Supl, p. 12-23, 2002.

SERRUYA, S.J., CECATTI, J.G., & LAGO, T.G. (2004). *O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais*. Cadernos de Saúde Pública, 20(5), 1281-1289.

SILVA, Onã; GUILHEM, Dirce; BAMPI, Luciana Neves da Silva. *Trinta minutos que mudam a vida: Teste Rápido Anti-HIV Diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal*. Enfermagem em Foco, v. 3, n. 4, 2012.

SIMÕES BARBOSA, R.H. & CASANOVA, A. (2004). Pré-natal e transmissão vertical do HIV: a perspectiva de profissionais da saúde pública do município do Rio de Janeiro. In: UCHIMURA, Kátia Y.; BOSI, Maria Lúcia M. *A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade*. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes, p. 75-98, 2004.

SOUZA FERRAZ, Dulce Aurélio; NEMES, Maria Ines Battistella. *Avaliação da implantação de atividades de prevenção das DST/AIDS na atenção básica: um estudo de caso na Região Metropolitana de São Paulo, Brasil* Evaluating the implementation of STD/AIDS. Cad. saúde pública, v. 25, n. Sup 2, p. S240-S250, 2009.

SOUZA JR, P.R., SZWARCOWALD, C.L., BARBOSA JR, A., CARVALHO, M.F., & CASTILHO, E.A. (2004). *Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002*. Revista de Saúde Pública, 38(6), 764-772.

SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges et al. *Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-Sentinela Parturiente, Brasil, 2002*. Rev Saúde Pública, v. 38, n. 6, p. 764-72, 2004.

SZWARCOWALD, C.L. & SOUZA JR., P.R.B. (2006). *Estimativa de prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004* Boletim Epidemiológico Aids 2006 - Ano III - nº 1, 01ª a 26ª semanas epidemiológicas, janeiro a junho de 2006 Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS.

TORRES, Cibele Almeida; BESERRA, Eveline Pinheiro; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. *Relações de gênero e vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: percepções sobre a sexualidade dos adolescentes*. Esc Anna Nery Rev Enferm, v. 11, n. 2, p. 296-302, 2007.

THUMÉ, Elaine et al. *Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil*. 2007.

UCHIMURA, Kátia Y.; BOSI, Maria Lúcia M. *A polissemia da qualidade na avaliação de programas e serviços de saúde: resgatando a subjetividade*. Pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Rio de Janeiro: Vozes, p. 75-98, 2004.

VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria Nazareth. *Pesquisa qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo Ed., 2000. YIN, R.K. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman. 2001

APÊNDICE A – TCLE VERSÃO PARA AS GESTANTES
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISINOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Éthel de Almeida Ribas e sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a *Avaliação do uso do teste rápido para detecção de HIV em gestantes na Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre*, sob a orientação da Profa. Tonantzin Ribeiro Gonçalves. O estudo tem como objetivo investigar e avaliar como o teste rápido na Atenção Primária à Saúde está sendo utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de saúde de Porto Alegre, RS.

Ao concordar em participar dessa pesquisa, você irá responder a uma entrevista que pode durar cerca de uma hora e que poderá ocorrer, conforme sua preferência, nas dependências da unidade de saúde de Porto Alegre ou em sua casa. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição e você será convidada a falar sobre a sua experiência com a gestação nesta unidade.

A sua participação é voluntária e não haverá remuneração ou recompensa por isso. Você terá total liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem prejuízos na relação com a pesquisadora ou com sua Unidade de Saúde. O material de áudio da entrevista será guardado pela pesquisadora durante cinco anos em local seguro na Universidade e após este período será destruído. Você não será identificada em nenhum momento da divulgação dos dados da pesquisa e será mantido em caráter confidencial as informações registradas relacionadas com a sua privacidade. As informações coletadas na pesquisa serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e publicações científicas.

Você receberá uma cópia deste termo e outra cópia será assinada e ficará com a pesquisadora responsável. No caso de dúvidas e esclarecimentos sobre a pesquisa, você pode me contatar: Éthel de Almeida Ribas, fone: (51)97165653; e-mail: ethelribas@hotmail.com

Assim, pelo presente Consentimento, eu _____ declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente projeto de pesquisa e concordo em participar do estudo.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora
Éthel de Almeida Ribas

APÊNDICE B–TCLE VERSÃO PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNISINOS
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Éthel de Almeida Ribas e sou mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Estou desenvolvendo uma pesquisa sobre a *Avaliação do uso do teste rápido para detecção de HIV em gestantes na Atenção Primária à Saúde em Porto Alegre*, sob a orientação da Profa. Tonantzin Ribeiro Gonçalves. O estudo tem como objetivo investigar e avaliar como o teste rápido na Atenção Primária à Saúde está sendo utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de saúde de Porto Alegre, RS.

Ao concordar em participar dessa pesquisa, você irá responder a uma entrevista que pode durar cerca de uma hora e que poderá ocorrer, conforme sua preferência, nas dependências da unidade de saúde de Porto Alegre. A entrevista será gravada em áudio para posterior transcrição e você será convidado(a) a falar sobre a sua experiência como profissional nesta unidade com o teste rápido e o pré-natal.

A sua participação é voluntária e não haverá remuneração ou recompensa por isso. Você terá total liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem prejuízos na relação com a pesquisadora ou com a Unidade de Saúde. O material de áudio da entrevista será guardado pela pesquisadora durante cinco anos em local seguro, na Universidade, e após este período será destruído. Você não será identificado/a em nenhum momento da divulgação dos dados da pesquisa e será mantido o caráter confidencial das informações registradas relacionadas com a sua privacidade. As informações coletadas na pesquisa serão utilizadas apenas para fins de pesquisa e publicações científicas.

Você receberá uma cópia deste termo e outra cópia será assinada e ficará com a pesquisadora responsável. No caso de dúvidas e esclarecimentos sobre a pesquisa, você pode me contatar: Éthel de Almeida Ribas, fone: (51)97165653; e-mail: ethelribas@hotmail.com

Assim, pelo presente Consentimento, eu _____ declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos e da justificativa do presente projeto de pesquisa e concordo em participar do estudo.

Porto Alegre, ____/____/____

Assinatura da participante

Assinatura da pesquisadora
Éthel de Almeida Ribas

APÊNDICE C - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS I

Roteiro da Entrevista com as Gestantes realizando pré-natal na Unidade de Saúde

1. Caracterização da gestante

- a. Idade
- b. Escolaridade
- c. Número de filhos
- d. Tempo de gestação
- e. Tem companheiro? Há quanto tempo vive com o companheiro?

2. Gestação e Saúde

- a. Eu queria que tu me contasses como tem sido a tua gestação desde que tu ficaste sabendo até agora? Como você tem se sentido?
- b. (Outras questões caso não refira): planejamento da gestação, sexo do bebê, situação familiar, dificuldades durante a gestação.
- c. Como está tua saúde durante a gestação? Quais cuidados tu tens tido com tua saúde?
- d. Agora, me conta um pouco sobre o teu pré-natal. Como tem sido? Quando iniciou e qual a frequência das consultas?
- e. Como você se sente com o atendimento da equipe na unidade de saúde?
- f. Você é atendida pelos mesmos profissionais toda a vez que vem à unidade?
- g. Tu tens tido alguma dificuldade com relação ao teu atendimento de saúde?

3. Exames no pré-natal e teste rápido do HIV

- a. Quais exames você já fez durante a gestação? Como foi fazer esses exames? Você conversou com alguém sobre os resultados desses exames?
- b. Como foi quando você precisou fazer o teste rápido de HIV e Sífilis nessa gestação? Você já tinha feito algum desses testes antes da gravidez?
- c. Como você se sentiu ao fazer o teste rápido de HIV nessa gestação? Teve algum temor em relação ao resultado?
- d. Como foi o atendimento aqui na unidade antes de realizar esses exames e quando foi pegar o resultado? O que você entendeu sobre o resultado do seu exame? Você sabe por que tem que realizar o exame mais de uma vez durante o pré-natal?
- e. Como você acha que se pega o vírus do HIV? Você tem alguma dúvida sobre isso ou sobre como se previne?
- f. Você sabe como é que se pode evitar transmitir o HIV da mãe para o filho?

4. Você gostaria de fazer algum comentário ou alguma pergunta para mim sobre o que a gente conversou?

APÊNDICE D - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS II

Roteiro de Perguntas para os profissionais da equipe da Unidade de Saúde.

1. Caracterização dos profissionais

- a. Idade
- b. Qual é a sua formação? Quantos anos você tem de formado?
- c. Você fez alguma formação posterior?
- d. Há quanto tempo você trabalha nessa unidade?
- e. Me fala um pouco sobre tua trajetória profissional. Em que locais você já trabalhou e como você se vê hoje aqui?
- f. Quais suas perspectivas quanto ao seu trabalho no futuro?

2. Teste rápido de HIV e Sífilis na Atenção Primária

- a. Como você vê a implementação do teste rápido para HIV e Sífilis no dia-a-dia da sua unidade de saúde?
- b. Como é a sua participação na rotina de realização do teste rápido na unidade?
- c. (Caso o profissional tenha experiência na condução do TR) Como é para você realizar o processo do TR? Você já teve alguma dificuldade?
- d. Você já participou de alguma capacitação sobre o TR? Como foi?
- e. Quais as principais dificuldades e potencialidades que você visualiza no uso do teste rápido considerando o trabalho da unidade na sua comunidade?

3. Teste rápido de HIV e Sífilis e Pré-natal

- a. Na sua visão, como é o acompanhamento pré-natal das gestantes na sua unidade de saúde? Quais principais dificuldades vocês enfrentam?
- b. Que papel você acha que as unidades de atenção primária têm na prevenção da transmissão vertical do HIV? O que você acha que ainda precisa ser melhorado?
- c. Como é o processo de realização do TR durante o pré-natal na sua unidade? Com qual frequência o TR é realizado nesse momento?
- d. Como é para você lidar com situações de diagnóstico positivo ou negativo para o HIV/Sífilis das usuárias?
- e. Como os registros individuais de prontuário das gestantes auxiliam você nas condutas durante o pré-natal para a realização do TR?
- f. (Caso o profissional tenha experiência na condução do TR) Como é feito o aconselhamento às gestantes antes e/ou depois da realização do teste? Você já vivenciou situações em que o resultado foi positivo? Como foi para você conduzir essa situação e o acompanhamento da gestante?

4. Você gostaria de fazer algum comentário ou alguma pergunta para mim sobre o que a gente conversou?

II RELATÓRIO DE CAMPO

1 INTRODUÇÃO

Neste relatório de campo apresento o processo de pesquisa que possibilitou as construções obtidas com este trabalho, desde o período de inserção no campo de pesquisa, com a minha participação no Comitê de Transmissão Vertical do HIV e Sífilis de Porto Alegre, até a posterior submissão aos Comitês de Ética, negociação, entrada e finalização do campo de pesquisa em uma unidade de APS de saúde do município.

2 TEMA DA PESQUISA: DA IDENTIFICAÇÃO ATÉ A NEGOCIAÇÃO PARA ENTRADA EM CAMPO

Dentre tantas disciplinas da graduação, são poucas as que ficam gravadas e são lembradas, talvez as que mais nos tragam identificação e um sentido. Dentre essas lembranças, estão claramente presentes para mim as aulas de Saúde Coletiva, na graduação em Farmácia. Conhecimentos sobre toda a história do nosso sistema de saúde, leis, normas e fatos importantes, marcaram esta disciplina. Porém, foi uma aula, em particular, que me fez identificar algo que realmente ia trazer sentido para minha vida. Em um determinado momento a professora exibiu o filme "*And the Band Played On*" que retrata os primeiros anos da AIDS nos Estados Unidos desde o início da epidemia, da morte dos homossexuais até a identificação do vírus. Tinha 17 anos na época e fiquei atônita com as proporções que esta doença tomou. Após o filme houve explicações sobre a situação da AIDS na época e as ações desenvolvidas pela própria professora da disciplina no âmbito das ações e políticas para a redução do HIV, sendo que uma delas me chamou muito a atenção: ela disse que entregava kits individuais com seringas esterilizadas em caixas de óculos para que usuários de drogas injetáveis não se contaminassem com HIV. Para mim era difícil mensurar a dimensão daquilo na época, mas entendia que ações como aquela resultavam em algo benéfico para a redução da transmissão do HIV. E sabia que o meu desejo era de que minhas ações como profissional também resultassem em algo positivo.

Alguns anos mais tarde, após terminar a faculdade e iniciar o mestrado em Saúde Coletiva, surgiu a necessidade de me enquadrar em uma linha de pesquisa e desenvolver uma

pesquisa. Identifiquei-me com a linha de pesquisa de Vulnerabilidades em Saúde e Bioética onde estava a professora Tonantzin Ribeiro Gonçalves. Na apresentação do corpo docente para os novos alunos, a professora Tonantzin informou que seu foco de trabalho era com gestantes vivendo com HIV/ Aids, despertando, assim, a minha vontade de trabalhar com ela. Tivemos uma conversa em que ela me explicou brevemente sua trajetória e recebi leituras para me apropriar da metodologia com a qual ela trabalhava. Minha escolha metodológica no mestrado foi pela área qualitativa. Sempre me chamaram atenção as pesquisas que utilizavam entrevistas e em inserções que o pesquisador fazia no local a ser pesquisado.

Concomitante à apropriação do universo da pesquisa estava sendo desenvolvido pela professora Tonantzin e pela professora Nêmora Barcellos um grande projeto em parceria em com a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre e a Unisinos denominado TESTAPOA-TV que visa avaliar o impacto do uso do Teste Rápido para detecção do HIV nos serviços de Atenção Primária em Saúde na Transmissão Vertical (TV) do HIV. Este projeto direcionou o meu olhar para a TV e o Teste Rápido, começando assim a ser delineado o meu tema de pesquisa.

Então, juntamente com as professoras Nêmora e a Tonantzin, em setembro de 2013, foi realizada uma reunião com o Coordenador da Área Técnica de DST/Aids e Hepatites virais, Gerson Winkler, a fim de que pudessem ser especificados alguns pontos do projeto e também para discutir como eu poderia me inserir nesse esforço com a minha pesquisa. A reunião transcorreu cheia de ideias e sugestões e, a partir dela, sedimentou-se para mim a vontade de trabalhar com o Teste Rápido para HIV, Sífilis e Hepatites. Nessa oportunidade, também surgiu a possibilidade de participarmos do Comitê de Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis de Porto Alegre, que estava iniciando os seus trabalhos.

O Comitê reúne, mensalmente, representantes de diversos serviços de saúde da cidade, com o objetivo de discutir casos de risco, exposição e infecção por HIV, Sífilis ou Hepatite entre crianças. Comumente, são apresentados: um caso de criança exposta ao HIV com perda de seguimento e sem diagnóstico definido, um caso de não uso de ARV no parto por mulher vivendo com HIV, um caso de TV do HIV, um caso de TV de Sífilis. Mais recentemente, também se passou a apresentar casos de pré-natal com risco acrescido, ou seja, em que a mulher vivendo com HIV está gestante naquele momento e não está aderindo ao tratamento ou abandonou o serviço de saúde. Frequentemente, esses casos envolvem mulheres em situações de extrema vulnerabilidade e risco de vida para si e o bebê como usuárias de crack que se prostituem, vivem na rua e estão em péssimas condições de saúde. A

seleção e apresentação inicial de cada caso fica a cargo dos/as profissionais da área técnica de HIV/Aids e da vigilância epidemiológica do município. O comitê seleciona em média quatro a cinco casos por mês sendo que todos os serviços de saúde (de atenção primária, secundária ou terciária) que, de alguma forma, se responsabilizaram por estes casos, são convidados a estarem presentes para esclarecimentos e debates sobre os mesmos.

A partir da apresentação de cada caso são discutidos encaminhamentos e resoluções para eles com o acionamento de pessoas e órgãos competentes que possam dar alguma definição para o ocorrido e para viabilizar o seguimento do caso e o cuidado da mulher e da criança. A seguir, uma nota de campo sobre uma fala do coordenador Gerson no início de uma das reuniões e que traduz o objetivo do comitê:

O objetivo deste comitê é prevenir erros a partir do que ocorreu. Sem o intuito de julgar, mas mantendo a posição de cobrança para um serviço melhor. (Gerson Winkler, Maio de 2014)

Além da apresentação de novos casos a cada mês, casos já apresentados, mas para os quais não houve todos os esclarecimentos ou encaminhamentos necessários (por exemplo, um dos serviços não compareceu na reunião ou não foram enviadas informações detalhadas) são reapresentados na reunião seguinte ou até que haja uma resolução. Ainda que o foco parta das situações individuais de cada caso, muitos dos debates se desdobram para encaminhamentos e consensos sobre condutas a serem seguidas por toda a rede e/ou reorganização de fluxos e processos de trabalho. Por esse motivo, entende-se que toda a rede está convidada a participar e que, em especial, as gerências distritais da APS, os serviços especializados e hospitais devem ter representação permanente no comitê.

Iniciamos a nossa participação neste comitê no final de 2013 e, ao longo de todo o ano de 2014 frequentamos as reuniões mensais. Esses momentos foram importantes para começar a perceber os laços, ideias, desconfortos e processos que se estabeleciam entre gestores, profissionais da Atenção Primária, hospitais e serviços especializados ao se organizarem no enfrentamento da TV. Alguns desses pontos serão descritos a seguir.

Como forma de contato aos participantes do comitê, são enviados e-mails para todos os envolvidos e membros permanentes contendo a data do encontro, o local e os casos a serem apresentados naquele mês. Também são realizados contatos específicos por telefone, e-mail ou até pessoalmente com coordenadores ou representantes das entidades envolvidas nos casos (unidades de saúde, hospitais e demais serviços especializados) para confirmar sua presença. Apesar de todos os contatos prévios, nem sempre todos os envolvidos compareciam

às reuniões e estas ausências resultavam em casos não encerrados e que precisavam ser retomados nas próximas reuniões, ocasionando redução da capacidade resolutiva do comitê. Com a consolidação do comitê e após contatos oficiais da Secretaria de Saúde diretamente com os/as gestores/as distritais da APS, com diretores e coordenadores dos hospitais, a participação dos serviços aumentou. Houve, inclusive, o envio de ofícios da SMS diretamente a algumas instituições solicitando a designação de representantes regulares no Comitê diante da recorrência de faltas.

Ao longo da minha participação nas reuniões, percebi que as faltas eram maiores entre os hospitais e que os serviços especializados e os/as profissionais da APS, em sua maioria, sempre compareciam, sendo frequente a representação pelas enfermeiras que são também, muitas vezes, coordenadoras dos serviços. Neste caso, acredito que a proximidade e o vínculo da unidade de saúde com o/a paciente é maior do que do hospital em relação a ele/a, fazendo com que, ao receber a notificação para reunião sobre um caso de seu território, isso mereça maior atenção e cuidado, enquanto que no hospital isso é tomado como mais um caso complexo que passa, momentaneamente, pelo seu cuidado. Exemplifico esta situação com um trecho extraído do meu diário de campo:

Caso de gestante soropositiva que tinha dificuldade em aderir ao tratamento antirretroviral, com risco acrescido de TV: Pessoal da Atenção Primária informa que tentou contato com a gestante através de telefone, busca na residência, contato com familiares e com o hospital para tentar resgatá-la mas não a encontrou. O hospital, por sua vez, informa que a gestante esteve em consulta há alguns dias e que foi liberada. Não foi relatado qualquer contato com a unidade ou da realização de encaminhamentos específicos para o caso pelo hospital. Me pareceu que se houvesse esta comunicação entre o hospital e a unidade poderiam ter encontrado mais facilmente esta gestante. [...] (Maio, 2014)

Desse modo, percebi que conforme prosseguiam as reuniões, muitos serviços passaram a ser questionados quanto ao seu efetivo apoio às unidades de saúde e quanto a sua forma de proceder na prevenção da TV e no acolhimento desses casos. Serviços tais como o Conselho Tutelar (que nunca enviou representantes), o Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) e aqueles ligados à Atenção em Saúde Mental do município. Problemas tais como, a falta de uma interlocução com esses serviços e profissionais de modo a auxiliar no estabelecimento e a manutenção de uma relação de cuidado com as famílias foram citados

como os mais recorrentes. Porém, eram as dificuldades com a Saúde Mental que recebiam a maioria dos comentários, conforme refletem os registros a seguir:

Sobre um caso de uma gestante que não queria realizar o teste rápido de HIV em casa para confirmar o diagnóstico e que tinha um exame de carga viral positivo de alguns anos atrás. Vários/as profissionais envolvidos/as no caso ou presentes na reunião, discutiram as dificuldades que a mulher tinha em aceitar o diagnóstico. Ela seguia negando o diagnóstico e sem o apoio e a insistência de nenhum serviço de saúde, mesmo depois de anos da descoberta, ela seguia sem um diagnóstico definitivo e sem iniciar o acompanhamento para si própria e, agora, para o bebê. Nesse momento, a médica do hospital de referência desta gestante, que receberia ela no momento do parto e no caso de gestação de risco, fala: “Gente! Antes de tudo, a AIDS é um problema de Saúde Mental! O apoio dela é importante para a aceitação do portador da doença.” [...] (Maio/2014)

Referente ao caso de uma gestante portadora do vírus HIV, com três abortos prévios e sem seguimento de pré-natal na gestação atual. A enfermeira da APS diz que a gestante vê as perdas com muita tristeza e acha que a Saúde Mental deve fazer esforços maiores na atenção a essa mulher. Contudo, parece associar a Saúde Mental apenas a um atendimento especializado, não contemplando que a mesma possui diferentes profissionais atuando em diferentes níveis da rede. E que estes exercem diferentes funções (atendimento direto, apoio matricial, internações, etc). Embora somente as áreas especializadas possam dar atenção específica, a atenção não deveria ser integral!? [...] (Junho/2014)

Percebi que o volume de trabalho demandado ao sistema de Saúde Mental em Porto Alegre era imenso, seus recursos humanos não eram muitos e a cobrança por resultados, cada dia maior. Contudo, se parece pressupor que a saúde mental tem que resolver estes problemas possibilitando aos demais, de certa forma, terceirizar o problema do uso das drogas, da aceitação ao diagnóstico, das situações de violência doméstica e do sofrimento psíquico. Assim, identificou-se um movimento de desresponsabilização quando estes casos críticos levados ao comitê eram transportados como sendo da alçada da saúde mental.

Não houve a presença dessa área nas reuniões, então não podemos dimensionar exatamente os motivos que os levaram a não participar do comitê. Possivelmente, como os outros serviços, eles possuem dificuldades e tensionamentos

com a rede que impedem um fluxo melhor de trabalho, bem como a restrição de seus recursos humanos. Ao questionarmos os organizadores do Comitê sobre a ausência da Saúde Mental, os comentários demonstraram, de fato, a existência de dificuldades de interlocução e resistências. Segundo a organização do Comitê da TV, as ausências foram ironicamente justificadas por um desses/as profissionais pelo fato do “*HIV ser muito mais importante do que a Saúde Mental*” no município. Entende-se que não se pode culpabilizar a Saúde Mental por muitos dos problemas. Por outro lado, o fato de não ter representantes da saúde mental na reunião parecia facilitar uma exposição de problemas com pouca ou nenhuma crítica contrária ao que estava sendo dito.

Associado a isso, outro ponto que se sobressaiu para mim nas reuniões do Comitê era a constante responsabilização das mulheres, mães e gestantes pelos danos e riscos à sua saúde ou de seus filhos. Embora os comportamentos individuais das mulheres obviamente sejam parte do problema da transmissão vertical do HIV, frequentemente, o contexto social e programático dos serviços e políticas em que estes ocorriam eram pouco considerados, como se restasse pouco a ser feito pelas equipes diante da negação do diagnóstico e recusa do tratamento pelas gestantes, por exemplo. Esses aspectos são ilustrados na nota de campo de uma das reuniões abaixo:

Caso de não uso de ARV no parto: A gestante havia sido encaminhada ao hospital para realizar cesárea eletiva pela APS com uma notificação do SAE que informava que a mãe era soropositiva. Vale ressaltar que esta notificação chegou até a unidade através do Comitê, que intermediou o contato. No parto, a médica de plantão na maternidade faz o TR que resultou reagente. Diante disso, ela pediu um novo exame laboratorial e apenas deixou a recomendação de suspender a amamentação no prontuário, sem ter prescrito nenhum ARV para a criança ou relatado a administração deles durante o parto, conforme recomendado. Após dois dias, outro médico do plantão identificou o caso e imediatamente iniciou o uso da medicação na criança ainda durante a internação pós-parto. O representante do hospital alega que a carteirinha da gestante não tinha a informação sobre o diagnóstico de HIV, embora a cópia da carteirinha não constasse no prontuário da paciente no hospital, como deveria ser a rotina. A unidade de APS, responsável pelo caso no pré-natal, alega que sempre registra tudo na carteirinha e estranha o fato de que a informação não constasse. A unidade ainda refere que a paciente nega, reiteradamente, o HIV e

tem medo da descoberta do diagnóstico por familiares. Assim, todos chegam à conclusão de que a paciente adulterou a carteirinha para retirar esse dado. Alguns pareceram concordar que não havia como evitar isso, direcionando a discussão para a falta de adesão ao pré-natal e aos ARVs para evitar a TV. Já outros indicavam que o fato de a carteirinha estar adulterada não eximia o fato de a médica não ter usado o ARV diante do resultado reagente, reafirmando que a conduta da médica plantonista deveria ter sido a administração imediata de ARV à mulher e ao bebê. [...] (Outubro/2014)

O sigilo frente ao diagnóstico é um fator presente no cotidiano de quem trabalha e/ou convive com o HIV, sendo que os/as profissionais precisam lidar com a possibilidade de um acontecimento como o ocorrido com essa gestante. Ainda que a falha da equipe médica na administração do ARV no parto não dependesse da revelação prévia ou não pela mulher do HIV, uma vez que o TR é obrigatório em todas as parturientes, independentemente de esta portar ou não a carteira de pré-natal, a discussão pareceu se encaminhar para a necessidade de os/as profissionais sempre checarem todos os fatos e "desconfiarem" das informações relatadas pelas pacientes. Assim, ao mesmo tempo em que esse movimento conotava a busca por dividir a culpa, responsabilizando, mesmo que em parte, a mulher, também parecia denotar a dificuldade de equipes e usuárias em estabelecer vínculos de confiança e pautados pelo apoio e o não julgamento. Esses tensionamentos se repetiram outras vezes durante a discussão de casos no Comitê em que restavam dúvidas sobre se a mulher já sabia ou não de sua infecção antes da gravidez, se havia amamentado o/a filho/a no seio ou não, se realmente havia informado o parceiro sobre o seu diagnóstico, etc.

Para todos os casos apresentados nas reuniões se buscava o melhor encaminhamento que se podia dar. Algumas vezes, o caso era retomado de uma reunião para a outra a fim de que se fizesse um fechamento de tudo o que aconteceu e fossem dadas notícias sobre o seguimento da mulher e sua família. Apesar das dificuldades e desafios, eram nítidos os esforços em contatar os atores responsáveis para evitar a TV e o engajamento da maioria dos/as profissionais em garantir uma cadeia de atenção mais resolutiva.

Com as reuniões do Comitê, as aulas do mestrado e as leituras sobre o tema, o campo de pesquisa passou a ficar mais claro e decidimos que seria importante realizar entrevistas semiestruturadas com gestores, profissionais de saúde e gestantes em unidades de saúde. Um primeiro critério que pensamos para selecionar alguma unidade de saúde para a pesquisa foi que a mesma estivesse em território com altos índices de prevalência da TV para investigar

como a equipe lidava com a implementação do TR no pré-natal. Fui até a SMSPA para analisar os dados que pudessem mostrar estes números junto a profissional responsável pelo registro desses dados. Nessa análise, pude verificar que havia uma distribuição mais ou menos homogênea das infecções por TV em Porto Alegre, o que apontou que qualquer unidade de saúde poderia mostrar um quadro similar. Assim, definiu-se o local de pesquisa como sendo uma unidade de Atenção APS de Porto Alegre que oportunizasse a pesquisa e de que, por meio de minha participação nas reuniões do Comitê da TV, tentaríamos esse contato.

Assim, após algumas reuniões do comitê ficávamos um pouco mais para conversar com as pessoas envolvidas a fim de compreendermos melhor as relações estabelecidas nas reuniões e o papel de cada participante presente. Já conhecíamos algumas pessoas da Secretaria de Saúde e outras foram tornando-se conhecidas ao longo das reuniões. Nessas conversas falávamos sobre os rumos dos casos discutidos ali no comitê, sobre as características dos serviços e a necessidade de reorganizações e redirecionamentos de processos de trabalho e políticas voltadas a saúde da mulher e à prevenção da TV do HIV e da Sífilis. Esses encontros após as reuniões foram fundamentais para que também nos tornássemos conhecidas naquele meio e tivéssemos maior liberdade em transitar e buscar uma unidade de saúde para realizar o campo de pesquisa.

Com isso, decidi abordar uma médica de uma ESF que, como notei, estava presente desde a minha primeira reunião. Falei sobre a minha proposta de trabalho e que seria interessante se pudesse realizar na sua unidade, já que ela relatava situações bastante pertinentes e ilustrativas das dificuldades com a implementação do TR e prevenção da TV em cenários em que as gestantes apresentavam múltiplas vulnerabilidades. Ela informou-me que eram muitos os procedimentos burocráticos a serem cumpridos (os quais eu já sabia) parecendo pouco disponível para possibilitar a pesquisa. Em outra dessas conversas falei com o coordenador de uma unidade que foi bem solícito me passando seu e-mail e telefone. Porém, tentei diversas vezes contatá-lo sem sucesso e também não o vi mais em outras reuniões.

Após a qualificação e com a urgência em definir o local da pesquisa, conversamos com a enfermeira Adriane, uma das responsáveis pelo Comitê da TV na área técnica de HIV/aids da SMS. Da mesma forma que fora apontado pelas professoras durante a banca de qualificação, Adriane sugeriu que eu selecionasse uma unidade de saúde onde a implementação do TR estivesse correndo bem, pois havia vários serviços com equipes incompletas ou profissionais que ainda não tinham sido treinados na aplicação do TR por

terem ingressado há pouco tempo na rede e isso poderia dificultar a pesquisa. Inicialmente, essa sugestão levantou-me algumas dúvidas, pois talvez não conseguisse visualizar os problemas corriqueiros de muitas das unidades de saúde e que poderiam impactar a implementação do TR. Todavia, depois de retomar as orientações da banca em conjunto com minha orientadora, percebi que, de fato, minha inserção em um local com uma capacidade considerada ideal para realizar o TR no pré-natal poderia revelar barreiras e potencialidades não tão explícitas e, portanto, mais profundas e específicas ao meu problema de pesquisa.

Posteriormente à última reunião do Comitê do ano de 2014, a Adriane passou-me os telefones de três gerências distritais e, gentilmente, se ofereceu para contatar as coordenadoras e fazer uma abordagem inicial. Nos dirigimos até sua sala e já pude conversar com a gerente da gerência Eixo Leste-Nordeste (LENO) que me questionou sobre como eu iria proceder no campo de pesquisa. Após uma breve explicação do que consistia a pesquisa, ela sugeriu que eu realizasse a minha pesquisa em uma unidade de ESF da gerência LENO (eixo Leste-Nordeste), por esta estar com a equipe completa e conseguindo cumprir com as rotinas do TR. Paralelamente, meu projeto foi submetido aos Comitês de Ética da UNISINOS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. No primeiro comitê tive uma resposta muito rápida. Já no Comitê da Prefeitura, houve um pouco mais de demora, pois submeti o meu projeto em outubro e o parecer final foi recebido somente em meados de dezembro. Tão logo recebi a aprovação, fui até a unidade ESF, aonde já havia marcado uma reunião com a Enfermeira Coordenadora da Unidade: Cristina¹.

Embora considere que minha vivência e participação no Comitê da TV ao longo e mais de um ano faça parte indissociável do meu campo de pesquisa e das minhas análises, a circunscrição do projeto submetido e aprovado pelo Comitê de Ética envolvia a realização de entrevistas e observações em uma unidade de saúde. Por esse motivo, na seção seguinte, passarei a descrever minha inserção na unidade selecionada, considerando-a, para fins de organização e coerência, meu campo primordial de pesquisa.

¹Com exceção dos nomes do coordenador e da técnica da área de HIV/aids da SMS, Gerson e Adriane, todos os demais nomes de profissionais e das gestantes foram alterados a fim de manter o anonimato. Da mesma forma, o nome da ESF e sua localização exata também foram resguardados, fornecendo-se apenas informações que descrevam a unidade de saúde e a comunidade, sem, no entanto, identificá-la.

3 CAMPO DE PESQUISA

O trabalho de campo foi realizado em uma Unidade de Estratégia da Família, localizada a poucos metros de uma universidade, com fácil acesso de ônibus e lotação. O bairro em que se localiza a unidade reflete uma grande desigualdade social e também as tensões provocadas pela violência em áreas localizadas. A população de lá se originou de outros bairros que, com a valorização fundiária, foram obrigando a população a se deslocar para essa região. Hoje, as casas simples e terrenos baldios se misturam à expansão recente dos condomínios residenciais visto que o bairro se estende por 13 quilômetros e possui ainda bastante áreas livres para novos empreendimentos deste tipo. Assim, a população do bairro é composta tanto por trabalhadores/as com carteira assinada como por pessoas com ocupações informais, ocasionais e/ou sazonais e, portanto, mais empobrecidas. Por isso, a população atendida na unidade de saúde ESF se constitui tanto de pessoas que, para suas consultas habituais possuem planos de saúde privados, mas que, ocasionalmente, também acessam o serviço público, e de pessoas que utilizam somente o Sistema Único de Saúde.

A ESF fica em uma parte do bairro com fácil acesso de transporte público e próxima a uma grande avenida, onde localiza-se uma instituição de ensino superior que inspira o nome da unidade. Devido ao aumento populacional crescente do bairro, a unidade, atualmente, possui duas equipes multiprofissionais de Estratégia Saúde da Família, contando com dois médicos, duas enfermeiras, duas técnicas de enfermagem, uma dentista, uma agente de endemias e oito agentes comunitárias de saúde. Além destes, há o porteiro e funcionárias da higienização. Para a recepção, as técnicas de enfermagem montaram uma escala e alternam seus dias da seguinte forma: no dia em que uma está na recepção, a outra presta os serviços técnicos e vice-versa. As equipes trabalham diariamente de segunda-feira a sexta-feira das 8 às 12 horas e das 13 às 17 horas.

A unidade foi reformada recentemente duplicando o seu tamanho original. Possui uma sala de recepção com televisão e boas cadeiras. Uma porta que divide esta sala do restante da unidade, que possui uma sala de curativos, uma sala de medicação, três consultórios médicos, uma sala para a dentista, uma sala para a coordenadora, uma cozinha, dois banheiros, uma sala de armazenamento de materiais, uma sala para processamento de dados e uma sala ampla com computadores e impressoras para as agentes de saúde. A disposição dos consultórios e salas parecia propiciar o trabalho dos/as profissionais com bastante privacidade e até certo

isolamento entre eles, havendo grande corredores por onde se distribuíam as peças. A sala dos/as agentes era a única que tinha uma porta separada que permitia que eles entrassem e saíssem sem passar pela recepção e que, pelo tamanho e forma de organização, propiciava mais interação e o trabalho conjunto dos/as agentes. No geral, o espaço todo da unidade, como pude perceber, era muito bom, limpo e organizado e todos os consultórios e a sala dos/as agentes possuíam ar condicionado.

O arranjo das consultas e das agendas demonstrava a mesma organização percebida na estrutura física da unidade. Eles possuíam agenda livre para gestantes, hipertensos, diabéticos e crianças, ou seja, no momento em que eles chegavam eram atendidos sem ter que esperar por um longo período. As demais consultas eram distribuídas nas quartas-feiras e aconteciam dentro de uma semana. Havia também, nas quintas-feiras pela manhã, a demanda livre para a realização do TR para HIV, Sífilis e Hepatites virais. Esta última agenda foi criada pois, os/as profissionais perceberam que ao deixar o/a usuário/a livre para vir em qualquer horário de uma quinta pela manhã, eles/as compareciam mais do que quando a testagem era agendada com horário fixo.

Durante o período em que estive na unidade, em momento algum enxerguei filas e no máximo cinco pessoas aguardavam atendimento. Em algumas situações, pessoas que não estavam nas condições de agenda livre eram também atendidas quase que prontamente. Também identifiquei que cada um tinha a sua função específica na rotina da unidade e que um não interferia muito na função do outro, tornando o processo de trabalho, até certo ponto, mecânico. Eventualmente, eu via alguém fazendo lanche na cozinha ou conversando um pouco, mas em geral havia muito foco no trabalho que se estava fazendo. Na sala das agentes havia um pouco mais de movimentação, pois elas estavam sempre saindo e entrando da unidade, pegando materiais e discutindo casos. As equipes não trabalhavam na sua capacidade máxima de atendimento, devido ao bairro ainda estar em expansão. Com isso, os/as profissionais tendiam a ver essa unidade como um modelo, diferente da realidade da maior parte das demais ou de onde já tinham trabalhado, como reflete o seguinte trecho da entrevista com uma das agentes de saúde:

A unidade era menor [no início], não tinha consultório dentário, e daí a gente foi buscando, ampliação. A gente buscou muito o consultório dentário, por causa do consultório dentário que a gente aceitou a ampliação pra equipe dupla, porque era uma coisa que a gente nem tinha muita vontade, porque a nossa equipe era bem legal assim. Era bem fechadinha, sabe, redondinha. E equipe dupla

dificulta, maior número de funcionários, às vezes é difícil de trabalhar, aumenta a população e isso faz com que a demanda de trabalho fique bem complicada. [...]. A gente é uma unidade meio que de referência. Muito boa, muito boa, muito boa. (Sílvia, agente de saúde)

4 COLETA DE DADOS

Nesta pesquisa foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com profissionais e gestantes da unidade de saúde durante o período de permanência na unidade. As observações de campo e seus registros aconteceram desde os momentos que antecederam a inserção no campo propriamente dito, com a participação no Comitê até, durante o tempo em que estive na unidade para realizar as entrevistas e, especialmente, depois das visitas quando eu procurava registrar os acontecimentos e minhas impressões. Consegui acompanhar algumas atividades que aconteciam na unidade como: as consultas de pré-natal das gestantes, a testagem com demanda livre, alguns períodos das rotinas dos agentes como discussões de casos e inserção de dados nos sistemas da Secretaria da Saúde. Os prontuários das gestantes foram analisados para obter dados gerais sobre elas e alguma outra informação sobre o pré-natal e os testes rápidos que fossem relevantes para este trabalho. Estes momentos serão relatados aqui na ordem cronológica da minha estada em campo.

No dia 18 de dezembro de 2014 cheguei na unidade pela primeira vez para conversar com a enfermeira responsável, conhecer o serviço e combinar como seria o início do processo de coleta de dados. Estava temerosa em decorrência das notícias que eu havia visto sobre o local. A criminalidade e o tráfico de drogas são muito presentes e alguns meses antes a comunidade estava convivendo com um toque de recolher. Procurei vestir-me de maneira confortável e simples naqueles dias, de modo a não chamar tanta atenção, o que não aconteceu, pois eu claramente não pertencia àquela comunidade. Desci há três quadras da unidade de saúde e caminhei até o meu destino sob olhares discretos e atentos dos moradores de onde eu passava.

Chegando na unidade me identifiquei na recepção e aguardei até que a enfermeira Cristina me atendesse. A sala de espera era pequena, tendo em torno de sete cadeiras uma televisão no centro, um mural, o guichê da recepcionista e uma porta que dava para os consultórios e que ficava sempre fechada. Eram aproximadamente 14 horas de uma segunda-feira. Enquanto aguardava percebi apenas duas pessoas esperando consulta na sala de recepção, o que me surpreendeu, pois esperava um local mais cheio e tumultuado já que em

outros momentos que frequentei uma unidade de saúde para fins acadêmicos ou pessoais a quantidade de pessoas na sala de espera era bem maior. Além disso, tinha uma televisão (com boa imagem!) e um ambiente muito limpo e organizado na sala de espera, o que se repetiu nos demais cômodos quando eu entrei para conversar com a enfermeira.

A enfermeira Cristina conduziu-me ao seu consultório. Apresentei-me, falei do meu projeto, da aprovação pelos Comitês de Ética e sobre o que pretendia fazer ali: entrevistas com gestantes e profissionais, além de observações para entender a rotina e o trabalho da unidade. A enfermeira prontamente explicou-me a rotina da unidade com a realização dos testes rápidos informando que havia uma agenda para isso e também um dia específico, nas quintas-feiras pela manhã, quando era ofertada a testagem sob livre demanda. Em seguida, ela me passou os dias da agenda das consultas de pré-natal para que eu pudesse ir e realizar as entrevistas mais facilmente com as gestantes. Ela me alertou para que eu não entrevistasse gestantes muito novas (12 ou 13 anos), pois geralmente eram meninas abaladas emocionalmente em função da gestação precoce e a equipe procurava ter uma atenção especial com elas.

Decidi entrevistar inicialmente as gestantes e depois os/as profissionais, para que meus registros estivessem mais organizados e para que eu tivesse tempo de me ambientar com o serviço e conhecer melhor o processo de trabalho antes de entrevistar os/as profissionais. A enfermeira me explicou que as consultas de pré-natal eram realizadas mensalmente até as 28 semanas de gestação, das 28 às 36 semanas eram quinzenais e das 36 semanas até o parto, eram semanais. Médicos e enfermeiras se alternavam na atenção às gestantes de modo que a cada consulta um deles atendia a mulher. Segundo a enfermeira Cristina, os TRs eram realizados no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação, durante as consultas de pré-natal, e também no momento do parto. De acordo com ela, as gestantes adscritas à unidade ganhavam seus filhos/as no Hospital Conceição ou no Hospital Presidente Vargas, sendo que a unidade de saúde era avisada pelo hospital da admissão das gestantes para o trabalho de parto, com o propósito de que os agentes se programassem para fazer o acompanhamento puerperal.

Também me foi informado que todas as quintas-feiras pela manhã acontecia a “demanda livre” para a realização do TR. Neste caso, bastava a pessoa chegar no posto e informar que queria fazer o teste. Ele/a recebe o acolhimento pré-teste, com seu consentimento, o TR é realizado, a pessoa aguarda alguns minutos o resultado e recebe o acolhimento pós-teste. Questionei se poderia estar presente na realização desses testes e ela

me permitiu, informando que eu apenas não poderia executá-los, pois não tenho a Capacitação para Testagem Rápida. Durante esta conversa, notei que toda a vez que era mencionado o TR, a enfermeira estava se referindo ao TR para HIV, Sífilis e Hepatites B e C e não exclusivamente para o HIV. Isso porque a execução dos testes é semelhante e, portanto, mais ágil de serem feitos todos juntos, pois não há tempo para que eles sejam realizados individualmente. As mulheres estavam realizando o exame para Sífilis, HIV e Hepatites virais. Sendo assim, durante este relato, sempre quando me referir o TR, o mesmo estará referindo-se a todos os testes descritos.

Depois dessa conversa, a enfermeira me apresentou as instalações da unidade e às/os profissionais que ali estavam. Naquele dia eu vi as duas técnicas em enfermagem, algumas agentes de saúde, o porteiro e uma médica. Todos me receberam educadamente e tão logo nos apresentamos, eles/as voltaram ao trabalho.

Em função dos recessos de final de ano agendei minha próxima visita apenas para o dia 5 de janeiro de 2015, por sugestão da enfermeira Cristina. Ela estaria de férias nesse período e me indicou que quem me receberia seria a enfermeira Ana. Saí de lá naquele dia com a impressão de uma boa receptividade da equipe e a boa organização da unidade na qual eu ia me inserir. O fato de a entrevista com a enfermeira ter sido pré-agendada para um horário na disponibilidade dela e da equipe provavelmente já ter conhecimento sobre a minha pesquisa pode influenciado minhas impressões de um “lugar bem organizado”. Contudo, ao longo da minha permanência este cenário ordenado foi tomando alguns outros significados como: certo engessamento das atividades, quando cada um fazia exatamente o seu papel e não parecia haver muitos espaços para trocas e ações conjuntas dos/as profissionais com os/as usuários/as, além da pouca comunicação entre a equipe, resultando em um processo segregado no que diz respeito à promoção da saúde e à prevenção das doenças de acordo com as condições de cada pessoa. No decorrer deste relatório serão descritas outras vivências que corroboraram tais impressões.

4.1 As entrevistas com as gestantes

Durante meu período de campo, a ESF possuía 29 gestantes fazendo acompanhamento pré-natal e destas, 24% tinham Sífilis e 7% eram HIV positivas. Pude entrevistar 7 gestantes, de um total de 29 que estavam em acompanhamento na unidade. O quadro abaixo descreve algumas características das participantes entrevistadas.

Quadro 1 – Características gerais das gestantes entrevistadas

Nome	Idade	Ocupação	Escolaridade	Situação conjugal	Tempo de gestação	Gravidez planejada	Número de Filhos
Camila	18	Estudante	Médio incompleto	Mora com companheiro	6 meses	Não	Nenhum
Clarice	27	Do lar	Fundamental Completo	Convive com familiares (sogra)	7 meses	Não	1 menina e 1 menino
Maria	28	Caixa operadora	Fundamental Completo	Convive com companheiro	6 meses	Sim	1 menina de 11 anos
Neuza	40	Auxiliar de serviços gerais	Fundamental incompleto	Convive com companheiro	8 meses	Sim	1 menino de 19 anos
Luiza	17	Estudante	Médio incompleto	Mora com familiares (pais)	6 meses	Não	Nenhum
Rosa	25	Caixa operadora	Médio completo	Convive com companheiro	6 meses	Sim	Nenhum
Jordana	20	Promotora de vendas	Médio completo	Convive com companheiro	3 meses	Sim	Nenhum

Fonte: Elaborado pela autora. Todos os nomes são fictícios.

As características acima foram trazidas a partir das entrevistas e dos prontuários. É importante descrever que o campo “Situação Conjugal” estava presente nos prontuários das gestantes, na ficha de acompanhamento pré-natal. É uma ficha padrão do SUS que quis deixar registrada, pois não representava, de fato, a situação conjugal da mulher. Por exemplo, a gestante Clarice morava com a sogra, pois seu companheiro estava preso. A gestante Luiza ainda morava com os pais, mas iria se casar e pretendia morar em breve com o pai do seu filho. Já as demais foram representadas pelo que consta no Quadro. Desta forma, os registros

utilizados na ficha pareciam se referir mais a situação familiar do que a situação conjugal propriamente dita, talvez indicando, por um lado, a possível instabilidade dos relacionamentos, mas também, a incerteza ou pouca confiança da equipe quanto a presença de um companheiro

Ao chegar na unidade, eu era direcionada pela enfermeira a uma das salas disponíveis na unidade para ter privacidade com as gestantes. Nas consultas das gestantes percebi que havia pouca espera por parte delas e que não demoravam menos de 30 minutos com a/o médica/o ou com a enfermeira. Como passei algumas semanas lá em dias alternados, pude verificar que em apenas um dia houve faltas de gestantes na agenda, o que para mim demonstrou, em geral, uma boa adesão ao pré-natal das mulheres que frequentavam a unidade. Ao término das consultas de pré-natal, a enfermeira convidava as mulheres para a pesquisa e as encaminhava para que eu pudesse explicar a pesquisa e convidá-las a participar.

Meu contato com as mulheres começava com a apresentação da pesquisa e da pesquisadora, seguindo-se a descrição do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para que as participantes o pudessem compreender melhor. Após o consentimento da participante e a assinatura do TCLE, uma cópia era entregue para a participante e a outra ficava comigo. Assim, era ligado o gravador e a entrevista iniciava.

No dia 5 de janeiro de 2015 fui à unidade para fazer minhas primeiras entrevistas. Fui recebida pela enfermeira Ana, que logo me disponibilizou a sala de curativos para que eu pudesse realizar as entrevistas com maior privacidade. A sala era pequena, tinha uma maca e um armário com materiais de procedimentos, além de uma pia e um ventilador de teto. Havia duas cadeiras e um banco. Tão logo as consultas de pré-natal terminassem, as gestantes seriam apresentadas a mim pela enfermeira, que estava fazendo as consultas naquele dia. Minha orientadora logo chegaria para conduzir algumas das entrevistas comigo.

Acompanhada pela enfermeira Ana, minha primeira participante chegou na sala, Camila. Já havia deixado as cópias do TCLE e os gravadores separados (por precaução gravava tudo no gravador digital e no meu celular) e, então, logo me apresentei e expliquei sobre a pesquisa. Falei também sobre o Termo tentando sempre simplificar de forma que a gestante pudesse entender. Enfatizei o fato de que ela podia desistir a qualquer momento, deixando meus contatos, e de que seu nome não iria aparecer no trabalho ou qualquer outra informação que pudesse identificá-la. Iniciei a entrevista e, no começo senti minha própria falta de prática, pois era a primeira vez que conduzia uma entrevista. Além disso, a participante também se mostrou um pouco tímida e acabava me dando respostas mais curtas as questões semiestruturadas. Contudo, conforme transcorria a entrevista, percebi que um vínculo se estabelecia e ela começou a falar e desenvolver mais as respostas. Encerrei a entrevista em pouco mais de 15 minutos.

Nas duas entrevistas seguintes minha orientadora estava presente e as fizemos em conjunto, sendo que ao final de cada uma comentávamos sobre o modo como eu realizava as questões e de como poderia melhorar a dinâmica e estimular a espontaneidade das conversas. Nessas duas situações, eu é que conduzia o roteiro, sendo que minha orientadora fazia perguntas pontuais que às vezes nem estavam previstas mas que, percebi, buscavam dar mais fluidez e profundidade ao diálogo ou para que algum aspecto importante não ficasse descoberto. Desse modo, as duas últimas entrevistas desse dia demoraram um pouco mais, em torno de 20 a 25 minutos.

Voltamos à unidade no dia 7 de janeiro de 2015 para entrevistar outras gestantes que neste dia seriam atendidas pela médica, Dra. Janete. Estavam lá também algumas residentes de medicina, mas não mantive contato com elas diretamente, embora tenha observado sua movimentação com os prontuários e discussões após os atendimentos com a médica responsável. Neste dia, estavam previstas quatro consultas na agenda de pré-natal da médica, mas compareceram duas gestantes e eu e minha orientadora conseguimos entrevistar apenas uma: a Rosa. A outra gestante, ao ser informada da entrevista, disse que tinha um compromisso e que não poderia ficar. Nesse dia, já me senti um pouco mais segura para realizar a entrevista e consegui estimular com mais facilidade relatos e vivências com Rosa. Entrevistamos, a minha orientadora e eu, outras três gestantes no dia 12 de janeiro de 2015: a Maria, a Luiza e a Jordana.

Ao longo destas entrevistas fui identificando alguns pontos que se destacavam como: as gestantes tinham pouca familiaridade com o teste rápido, pois quando eram questionadas sobre o seu procedimento não respondiam especificamente sobre ele, mas sim sobre os

exames de pré-natal em geral, enfatizando que os resultados eram negativos para os problemas que detectavam. E as informações sobre a compreensão da importância do teste na promoção da saúde sexual e reprodutiva da mulher e na prevenção da TV, fornecidas pelos/as profissionais, não pareciam estar completamente elucidadas para elas, exceto no que se refere aos procedimentos práticos do momento da realização do teste:

Pesquisadora: E quando tu marcaste o pré-natal, que tu vieste aqui, elas fizeram exames?

Camila (gestante): Fizeram.

Pesquisadora: E fizeram o teste rápido? Aquele da hepatite, da sífilis...

Camila: Com o dedo?

Pesquisadora: Isso.

Camila: Fizeram.

Pesquisadora: Como é que foi esse?

Camila: A mesma coisa.

Pesquisadora: Ela te explicou?

Camila: A Ana(enfermeira) que fez o teste. Ela me explicou que vai pro Presidente Vargas o resultado, mas que deu tudo certo.

Pesquisadora: Tu sabias o que significava aquele teste que ela estava fazendo?

Camila: Não..., sim. Antes ela me explicou, daí ela perguntou se eu queria fazer ou se eu queria esperar mais um tempo. Como eu tive infecção urinária ela fez o da sífilis, mas não deu nada.

Pesquisadora: E quanto tu fizeste, ela te explicou, te disse o que poderia ser, os resultados que poderiam dar?

Camila: Falou, que era que nem o teste de urina, se desse dois (tracinhos) provavelmente eu tinha sífilis ou a aids, mas daí não deu nada. Aí ela viu o negócio da pressão porque a minha irmã tem pressão alta, a minha irmã gêmea, ela teve pré-eclâmpsia mas daí não deu nada também.

As gestantes, em sua maioria, não pareciam estar acostumadas a falar de si mesmas, ainda mais em um ambiente de saúde. Os discursos relacionados à saúde dos filhos e da família assim como os da sua própria condição pareciam ser “aceitos” ou esperados naquele meio. Falar de si, das situações que as levam a agir de tal ou outro modo, como trocar de marido, ter outro filho, querer usar outro método anticoncepcional, não eram tão fáceis de serem explicitadas nas entrevistas, pois talvez fossem passíveis de julgamentos e mais ligadas a conversas informais, fora do contexto da unidade. Senti que o fato de ter que realizar as entrevistas na unidade de saúde pode ter dado esse tom predominante nos relatos, pois era como se lá, as mulheres só pudessem tratar, exclusivamente, das questões de saúde e doença que não transcendem o corpo “físico, biológico” da mulher. Porém, em função de minhas restrições de tempo e do próprio processo de contato que a unidade me possibilitou com as gestantes, busquei compensar isso com mais observações e conversas informais com as/os profissionais.

Conforme as entrevistas transcorriam era perceptível uma maior fluidez na conversa, permitida pelas perguntas. Ao mesmo tempo, comecei a perceber que as gestantes mantinham, em geral, um permanente “estado de alerta”, como se tivessem que prestar contas de algo. Quando entrávamos nos temas relacionados aos exames da gestação, teste rápido e sobre a prevenção ao HIV esta atitude ficava nítida, apesar de reforçarmos que queríamos saber suas vivências, sem haver um “certo” ou “errado”. Isto representava, a meu ver, uma insegurança sobre o seu próprio conhecimento acerca dos motivos que a levam fazer o TR, como ele acontecia ou mesmo qual era o seu significado. Quando questionadas sobre a notícia da gravidez, aquelas que não haviam planejado a gestação, demonstravam certo constrangimento, como se tivessem cometido alguma falta. Por sua vez, a prevenção viu-se representada por meio do uso da camisinha, em geral, a masculina. Apesar de a unidade fornecer a camisinha feminina, a mesma não era disposta como a masculina, que é mais barata e menor, e ficava acessível para todos na recepção, inclusive com dois tamanhos diferentes. Assim, viu-se claramente que a prevenção da infecção pelo HIV e outras DSTs, assim como o planejamento familiar era sentido como de responsabilidade (quase) exclusiva da mulher. Se a mulher não usar anticoncepcional ou solicitar o uso da camisinha, o homem não usará, como se não se pudesse esperar ou exigir isso dele.

O relato abaixo é de uma profissional de saúde que fala sobre a dificuldade de adesão ao tratamento da sífilis e que toca no ponto referido anteriormente sobre a autonomia feminina, além da dificuldade dos/as profissionais em colocar-se no lugar das usuárias e entender o contexto de seus relacionamentos amorosos e sua relação com o próprio corpo:

E elas perguntam: ah, porque meu marido tem que fazer também? Porque não pode ser só eu? Elas têm a dificuldade de trazer eles para o tratamento porque eles não querem vir, tem medo das injeções, acham que não foram eles que transmitiram, não querem saber a admitir que têm uma doença. A gente informa que eles têm que fazer o tratamento e que se não fizerem tudo terão que fazer de novo. Mas elas dizem que eles não querem vir, que é difícil. Então eu digo: não quer vir, então diz que não vai transar. Mas elas dizem que não podem, mas como se o corpo é delas, né? Elas têm o direito de dizer não quando não quiserem, ainda mais se eles não querem se tratar tu diz não! mas é difícil. E usar preservativo... ah mas o homem não quer. (Lúcia, técnica em enfermagem)

Assim, a pouca participação dos parceiros na gestação e no pré-natal e, particularmente, a não realização da testagem rápida por eles, era recorrente, como refere a fala da gestante Neuza:

Neuza (gestante): Não ele nunca fez [o exame]. Ele não vem nem amarrado no posto.

Pesquisadora: É? Que ele diz?

Neuza: Ele é medroso. Diz que só vai se tiver morrendo.

Pesquisadora: Então ele não fez mesmo o teste?

Neuza: Não, nem nunca vai fazer. [...]

Também, na medida em que os discursos se somavam percebi que a mulher, enquanto gestante, assumia um papel de submissão aos serviços de saúde, com o objetivo declarado de zelar pela vida e pelo bem estar do nascituro. Somavam-se a isso as suas dificuldades em questionar as prescrições dos/as profissionais de saúde, conforme relata a gestante Maria:

Pesquisadora: E como foi teu pré-natal até agora?

Maria (gestante): Assim que eu descobri foi por uma secreção que saiu do meu peito, meio dolorida. Eu vim no médico e ele nem suspeitou que era gravidez e me mandou fazer mamografia. Eu falei pra minha irmã e ela disse: "não seja burra isso é gravidez, tu sabe como foi a primeira vez. Não faz mamografia enquanto não descartar a possibilidade de ser gravidez". Mas o médico não pediu exame, então eu fui no medico da minha empresa e fiz o teste e deu positivo. E aí já liguei pra minha irmã e falei né! E já vim aqui no posto pra marcar o pré-natal e tava ansiosa no dia da consulta já. Porque na gravidez eu sou assim: faço tudo o que eles mandam né.

A Maria foi uma gestante com um discurso um pouco diferente das outras entrevistadas. Demonstrava saber sobre a importância da utilização do teste rápido e dos demais exames do pré-natal, sabia sobre os riscos e as formas de prevenção das DSTs e, em sua fala, assumia uma posição de maior autonomia diante do seu companheiro, inclusive o orientando sobre comportamentos preventivos, conforme exemplifica o relato a seguir:

Pesquisadora: E conta pra nós mais ou menos o que tu sabe sobre o hiv. Agente viu que tu já tá envolvida com isso, mas conta um pouquinho sobre o que tu sabe.

Maria (gestante): Eu sei que pega em relação sexual, transfusão de sangue (momento de pausa) ...

Pesquisadora: E prevenção?

Maria: Ah sim, camisinha né. Relação sempre com camisinha. Tipo tatuagem tem que ser tudo esterilizado. Essa parte eu sou bem informada.

Pesquisadora: E tu conversou com o teu marido sobre isso?

Maria: Sim, sim. Eu sei que homem é sem vergonha, eu sei que homem quer sair. A única coisa que tu tem que colocar na tua cabeça é se prevenir, tem que colocar na tua carteira (a camisinha). Depois que tu saiu com aquela mulher a tua preocupação vai ser que tu fez uma coisa errada mas tu te preveniu. É ruim, é. E ele disse: porque tu tá falando isso? Eu disse: eu sei como é. A gente vai voltar pro Ceará e lá é cidade pequena. Lá elas não querem saber se é casado se não é. Lá tem mais homossexual do que homens. É muita mulher pra pouco homem. Ele disse: tu está loca. Eu disse: não tô loca eu sei como é. Tu te previne. Ele disse: eu sempre fiz isso. Eu disse: não fez não que eu sei. Não tô te dando senha pra tu me trair que tu não é nem loco. Acho que a família dele não passou muita coisa. Eu disse que estamos só conversando, como uma conversa mesmo.

O pensamento construído por essa gestante se deve, a meu ver, ao fato de que ela fora agente de saúde em seu estado natal, o Ceará. Como tal, tinha um conhecimento ampliado sobre ações em saúde, promoção e prevenção. Demonstrava mais maturidade também na relação com seu marido, que era mais jovem do que ela, e se colocava no papel de orientá-lo sobre a prevenção das DSTs sem negar a possibilidade de relacionamentos extraconjugais, segundo ela, coisa comum e esperada entre os homens.

Por fim, outro ponto que chamou minha atenção nesse momento do campo foi a importância e a representatividade da ESF na figura da Agente Comunitária, e não do/a médico/a, da enfermeira ou das técnicas. Como relatou a gestante Camila, era a agente de saúde que conseguia soluções de efetividade prática para sua família:

Pesquisadora: E... o que tu achas da equipe assim, daqui, desta unidade de saúde? Que tu achas do atendimento?

Camila(gestante): Acho bom. A agente de saúde que vai lá em casa ela é bem boa até. Ela conseguiu um negócio pra minha irmã gêmea não pagar matrícula daí ela conseguiu uma cirurgia. [...]

No decorrer do trabalho, aprofundaremos estes pontos e ainda outros, desenvolvidos no desenrolar do processo analítico. Além disso, esses aspectos serão associados com os relatos dos/as profissionais, com o referencial teórico que baseou as análises e com as observações da autora.

4.4 As entrevistas com os/as profissionais

Com os/as profissionais de saúde o processo para as entrevistas era semelhante aos das gestantes. Na combinação com a enfermeira, ela questionou se eu tinha alguma preferência sobre as entrevistas e me relatou que iria abordando-os conforme a disponibilidade de cada um. A enfermeira avisou a ele/as previamente sobre as entrevistas e quando chegava o momento encontrávamos um local para fazê-las, respeitando a disponibilidade de espaço. A entrevista com as agentes aconteceu na sua própria sala, já com o médico e a enfermeira, ocorreram nos consultórios e, por fim, com a Técnica de enfermagem ocorreu na sala de curativos. A disposição das entrevistas caracterizou bem a posição de cada um na equipe e a segregação que ela possui. Os locais onde as entrevistas aconteceram ora permitiram maior privacidade, ora não.

Quadro 2 – Características dos/as profissionais entrevistados/as

Nome fictício	Idade (anos)	Profissão	Tempo de profissão	Tempo na unidade	Escolaridade
Pablo	40	Médico	10 anos	1 ano	Superior em Medicina
Ana	36	Enfermeira	14 anos	3 anos	Superior em Enfermagem
Lúcia	41	Técnica em enfermagem	12 anos	2 anos	Técnica em Enfermagem
Fernanda	31	Agente comunitária	2 anos	2 anos	Superior incompleto em nutrição e Técnica em Administração
Sílvia	37	Agente comunitária	9 anos	9 anos	Formada em Nutrição

Minha primeira entrevista foi no dia 23 de janeiro com a Agente Comunitária de Saúde Fernanda. Entrei na sala das agentes acompanhada pela Ana que questionou quem teria um tempo, naquele momento, para me conceder a entrevista. Havia três pessoas na sala. Uma estava de saída e a outra estava inserindo dados no computador. A Fernanda disse, muito gentilmente, que estava disponível e que me cederia a entrevista. Iniciamos com as apresentações habituais da pesquisa e do TCLE.

Diferente das gestantes, os/as profissionais de saúde falavam muito mais. Além de terem muito conteúdo para falar identifiquei que pouco eram ouvidos diariamente e que quando que tiveram esse momento de entrevista, com uma atenção voltada para si, encontraram diversos pontos que pareciam querer discutir e se fazer percebidos.

No discurso da Fernanda e da outra agente de saúde que entrevistaria depois, apareceu muito a questão da importância da agente de saúde na interface do trabalho na unidade de saúde com a comunidade. Muitas vezes, as ações deliberadas pela unidade somente eram possíveis quando as agentes tornavam essa informação mais clara e acessível à comunidade, falando a “linguagem” dela.

(A agente) é o que diminui a barreira entre o posto e comunidade. A agente que me treinou aqui tem uma área muito carente. Então elas têm um entendimento muito restrito, então eu fui percebendo que tu tem que ter paciência pois não são pessoas com má vontade e sim que simplesmente não entendem. E eles percebem que o agente entende eles da maneira que eles são e não discriminam isso. Por isso que eles têm tanto afeto com o AS. Aqui é uma equipe muito boa e se dão muito bem, mas (só) a gente consegue esse tipo de comunicação. Às vezes a pessoa não foi buscar o remédio controlado na Bom Jesus... às vezes não é porque ela não quer, é porque não tem passagem ou não consegue se locomover. Ela espera um dia fresquinho pra ir caminhando ou consegue marcar uma faxina e nesse meio tempo ela surta... então a gente ajuda. A gente se torna agente não por curso, mas por quem (agentes anteriores) já passou por aqui. E a gente tenta manter esse vínculo. (Fernanda, agente de saúde)

Agendei as duas últimas entrevistas com os/as profissionais em uma sexta-feira à tarde, dia e turno em que a unidade fechava para uma reunião de equipe que ocorria com frequência semanal. Cheguei na unidade e a enfermeira pediu gentilmente que eu aguardasse a reunião terminar para então dar início às entrevistas, não me sendo permitido participar da mesma. Após o término, todos saíram e foram em seguida fazer os seus trabalhos. Não consegui captar, com ninguém, os assuntos debatidos naquela reunião, apenas a enfermeira informou que era uma reunião de alinhamento de novos fluxos e de esclarecimentos gerais. O fato de eu não poder participar me fez perceber que eu não poderia saber das tensões da unidade, além das que me seriam relatadas pelos/as profissionais e captadas por mim. Essas tensões foram substancialmente representadas pelos/as profissionais em seus relatos e diziam respeito à intensa burocracia, frequente troca de fluxos de serviços e acúmulo de trabalho. Por certo, eram situações que provocavam e agravavam um funcionamento distanciado da comunidade e com dificuldades de desenvolver ações de promoção e prevenção, mais alinhados aos valores e cultura daquela população da unidade, mas também percebi que eram exemplos que vêm de um órgão maior, que é a Secretaria de Saúde ou o Ministério da Saúde.

Assim sendo, tensões internas da unidade não me foram explicitamente relatadas e foram apresentadas de forma implícita no comportamento dos funcionários, sempre se referindo a tensões externas, provocados pelos redirecionamentos políticos e fluxos e processos de trabalho impostos pela gestão. Por exemplo, as agentes comunicavam-se muito

entre si e muito pouco com o resto da equipe, as técnicas de enfermagem ficavam quase sempre juntas e conversando na recepção ou na sala de curativos. Já a médica permanecia no seu consultório quase todo tempo e, eventualmente, a vi interagindo com as doutorandas da medicina. A enfermeira, o médico e a dentista ficavam nas suas respectivas salas. Houve dois momentos em que os vi todos juntos: na reunião da sexta-feira e em um horário de lanche na cozinha. A fragmentação em grupos dentro da unidade ficou evidente, sugerindo que em algum momento essa interação foi rompida por alguma tensão específica que eu não consegui identificar, ou mesmo que ela nunca existiu.

Para o/as profissionais ficou evidenciado que o Teste Rápido se constituiu uma boa alternativa para a atenção básica e sobretudo ao pré-natal, gerando uma cadeia resolutiva de processos referentes ao diagnóstico positivo, por exemplo. Já eram feitos encaminhamentos na hora e, no caso da sífilis, o tratamento era iniciado imediatamente. Contudo, identifiquei que esta implementação se incorporou às ações em saúde já existentes e era identificada como mais uma destas. Sem particularidades, era identificado por ele/as que a burocracia impedia que a implementação fosse integral, pois enquanto levam uma hora para preencher papéis, poderiam estar dedicando-se ao aconselhamento ou práticas em educação em saúde.

4.3 Outros momentos na unidade: a testagem livre e a consulta aos prontuários.

Fui duas vezes na quinta-feira pela manhã para acompanhar a testagem livre oferecida pela unidade. Na primeira delas não houve pacientes para realizar o teste. A enfermeira Ana disse que, por ser período de férias e após as festas de final de ano, muitas pessoas estariam viajando e não iam ao posto. Na segunda vez, cheguei e o paciente já havia realizado o aconselhamento pós-teste com a enfermeira Ana. Enquanto aguardava do lado de fora, observei que este aconselhamento durou no mínimo 30 minutos até que o paciente saísse da sala, talvez porque não havia outros aguardando.

Tão logo ele saiu encontrei-me com a enfermeira e aguardamos um próximo paciente. Porém, ninguém mais realizou o teste naquele dia e ficamos conversando um pouco sobre o assunto. Ela apontou que em alguns dias chegam a aparecer de 10 a 15 pessoas para a testagem, fazendo com que o procedimento de aconselhamento e testagem tenha que ser mais rápido para que todos possam ser atendidos. Na visão dela, a comodidade proporcionada pela testagem livre ao paciente era benéfica quando o mesmo não pode comparecer nas consultas marcadas e pode se organizar para comparecer em uma quinta-feira e realizar o teste.

Em alguns momentos acompanhei também a rotina das agentes comunitárias de saúde. Elas possuem uma sala espaçosa, aparentemente a maior sala da unidade de saúde, com muitas cadeiras, mesas e computadores que permitem um bom fluxo de pessoas. A todo o momento alguém entra ou sai dali, demonstrando uma rotina agitada. Fui convidada para acompanhar uma agente em uma visita a uma puérpera, mas no período em que eu estive lá nenhuma gestante ganhou nenê, portanto, não realizei nenhuma visita. As agentes constantemente utilizavam as pastas dos pacientes, que ficavam em uma sala anexa à recepção, e eventualmente discutindo algum caso com a enfermeira. Não as vi conversando com o médico ou a médicanenhuma vez o que me fez constatar que, dentro da rotina que eu acompanhei, essa comunicação pouco acontecia. Isso parecia se dar pela rotina agitada ou mesmo pelos padrões de trabalho adotados pelo/a médico/a, onde há uma hierarquia bem definida.

Por fim, no último dia em que estive na unidade, busquei algumas informações dos prontuários das gestantes como, nível de escolaridade, número de filhos e outros dados que não puderam ser registrados durante as entrevistas. Fui até a recepção, onde estava uma das técnicas de enfermagem (a que eu não entrevistei) e solicitei para ela as pastas que necessitava. Ela prontamente as selecionou e me entregou. Como se tratavam de prontuários, achei que o meu acesso seria um pouco mais restrito, mas não foi. A técnica em enfermagem me forneceu as pastas que continham os documentos da unidade de saúde de cada gestante e dos componentes familiares. Algumas pastas continham as informações de seis ou sete pessoas da mesma família. Dirigi-me ao consultório e cuidadosamente retirei apenas os documentos correspondentes às pesquisadas que haviam assinado o termo. Em geral eram cerca de 5 a 6 folhas contendo a identificação da paciente, registros de consultas anteriores e uma ficha de gestante com informações importantes para a rede. Registrei os dados em meu caderno a fim de completar a descrição de cada mulher e dei uma olhada nos registros das consultas. Eram técnicos, sem quaisquer declarações ou impressões/relatos mais detalhados sobre as mulheres, e muitos de consultas anteriores à gestação. Os atuais eram descritos na ficha da gestante em uma tabela que ficava na última folha. Também contavam com informações precisas sobre resultados de exames e execução de procedimentos que não foram transcritos por não serem relevantes para esta pesquisa. Os dados presentes eram essencialmente clínicos, Ao final, entreguei as pastas da mesma forma que as retirei.

5 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada a partir das transcrições das entrevistas e sucessivas leituras do material transcrito, bem como do diário de campo com as observações e impressões obtidas durante o trabalho de campo. Com os dados dos prontuários somados aos dados das entrevistas pude criar os quadros com as caracterizações de cada entrevistado e entrevistada.

O meu tempo foi curto após o término do campo, no dia 12 de fevereiro. Então iniciei as transcrições enquanto ainda estava no campo e as terminei alguns dias após finalizar as minhas idas à ESF. Poucas vezes havia transcrito falas em minha trajetória acadêmica, então deparei-me com um constante “desenvolver técnicas” que melhor se adaptassem ao que tentava realizar: ouvir, compreender e digitar. É sabido que as transcrições são processos lentos e trabalhosos e comigo não foi diferente. Porém, esse processo também foi importante para as análises, pois pontos que ficavam "encobertos" no dia das entrevistas puderam ser identificados com mais clareza quando pude ouvir novamente. Depois disso, durante as leituras do material, novos aspectos também iam sendo identificados.

O diário de campo e as minhas observações são relíquias. Conseguia expressar o que percebia em cada encontro e que, posteriormente, não seria lembrado se não o tivesse registrado.

Pude analisar também os prontuários das gestantes que representaram um pouco mais a burocracia envolvida no processo do pré-natal e também, de acordo com os campos presentes na ficha da gestante, quais dados referentes à ela importavam para o “sistema”, como exemplo citado anteriormente está a situação conjugal.

Ao longo e após as transcrições foram feitas leituras sucessivas dos textos obtidos nas entrevistas e do diário de campo, referentes às observações tanto do Comitê quanto do campo desenvolvido na unidade de APS. Através dessas leituras foram identificados elementos recorrentes ou similares que propiciaram o desenvolvimento de dois eixos temáticos para nortear as análises desta pesquisa:

Teste rápido no pré-natal: mais uma tecnologia: Este eixo analítico tem como base a implementação do teste rápido na APS e compreendeu as perspectivas das gestantes e do/as profissionais sobre este processo abrangendo a utilização do TR e identificando pontos relacionados à compreensão sobre a execução do teste, apoio e participação no pré-natal. Como se verá a seguir, o TR parece ser percebido pelos/as profissionais como *mais uma*

política, importante para a Atenção Primária, mas *somada* às outras ações em saúde dos serviços que devem ser *absorvidas* por eles. Para as gestantes, o TR inclui-se como um exame necessário durante a gravidez, com a importância de ser realizado para *ver se está tudo certo com o bebê* ou para a mãe *não passar nada para o bebê*, levando a saúde da mulher a um segundo plano.

Teste rápido e saúde sexual e reprodutiva na atenção básica: entre a centralidade na mulher e seu descrédito: Esta categoria analítica envolveu os discursos e práticas expressos pelas mulheres, pelo/as profissionais e que apareceram durante as discussões do comitê da TV a respeito da saúde sexual e reprodutiva da mulher enquanto mãe e gestante, principal foco das políticas de prevenção da TV. No decorrer da pesquisa observou-se que presença mais frequente da mulher no serviço de saúde, seja para as consultas habituais ou para o pré-natal, é algo esperado e encarado como “natural de ser mulher”, que se cuida mais do que os homens. Ao mesmo tempo, a maior frequência na APS e a ênfase das políticas na mulher nem sempre era garantia de uma atenção adequada e complexa a sua saúde sexual e reprodutiva. Atrelado a este cenário estava a pouca participação do homem na gestação e sua quase ausência no espaço do serviço de saúde, bem como de esforços para incluí-lo, aspectos que foram bastante comentados durante as entrevistas com o/as profissionais e gestantes e observados nas discussões do comitê da TV.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Escrevendo este relatório pude identificar a cronologia de uma rica estória da qual fiz parte. Toda a trajetória que me levou até o encontro destas gestantes e destes/as profissionais mostrou que cada momento da pesquisa teve a sua importância e que ela vai sendo construída desde as formações iniciais da pesquisadora que me moldaram para executar tarefas de um mundo até então conhecido só através dos livros e artigos. Estar em campo de pesquisa trazia aquela sensação de estar “fazendo algo de útil para alguém”, fato que permanece me motivando para as discussões deste trabalho e para a continuidade da minha vida acadêmica.

Certamente houve dificuldades. As burocráticas e longas tramitações nos Comitês de Ética e a minha experiência adquirida aos poucos neste quesito foram fatores determinantes no meu pequeno atraso para iniciar meu campo de pesquisa entregar esta dissertação com tudo o que nela deve conter. Mas em minha visão os resultados que obtive das entrevistas e demais achados não foram prejudicados. Outro ponto delicado, inicialmente, foi a localização da ESF, que logo foi desmistificado por alguns tímidos sorrisos e certa tranquilidade quando passava pelas ruas entre a parada e ônibus e o posto, ou entre o posto e a parada de ônibus. “*Eles respeitam quem trabalha no posto*”, diziam os próprios funcionários dali.

No que se refere ao meu objeto de pesquisa, que é o teste rápido, pude identificar que ele está elencado entre as ótimas ferramentas de saúde disponibilizadas pelo Ministério da Saúde à população. Está implementado e sugere um manejo mais assertivo no que se refere à prevenção da TV. No entanto, percebi que ainda é mais uma ferramenta e como tal, utilizada como dispositivo biomédico, sem análises ou discussões em torno da integralidade e saúde. A população em geral permanece sem entender bem a importância ou mesmo os motivos para realizar o TR e, principalmente, carente de estratégias educativas adequadas para promover a prevenção ou até mesmo o tratamento. As gestantes estão realizando o TR maciçamente, mas ele acaba figurando como mais um dentre tantos exames “obrigatórios” na gestação e seu sentido como instrumento efetivo de política pública e empoderamento das usuárias acaba passando despercebido ou mesmo desconhecido. Ficam também algumas questões a serem respondidas: e seus maridos/parceiros, quando vão ser alvo de estratégias para ampliar a testagem? E seus familiares? Têm qual conhecimento sobre o HIV? Qual a possibilidade de acolhimento e aconselhamento efetivos para a realização de um TR no dia a dia das unidades de APS?

7 REFERÊNCIAS

AND THE BAND PLAYED ON.Schulman, Arnold.Estados Unidos. Fox. HBO, 1993. 141 minutos, cor, legendado.

FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. *Portaria nº 289 de 14 de março de 2012*.

III ARTIGO CIENTÍFICO

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:

a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre

Éthel de Almeida Ribas*

Tonantzín Ribeiro Gonçalves**

RESUMO

Os índices de transmissão vertical do HIV e da Sífilis no Rio Grande do Sul estão dentre as maiores do país há alguns anos. Diante disso, em 2012, passou a ser implementada a descentralização da testagem para HIV, Sífilis e Hepatites Virais para a Atenção Primária e Saúde (APS) com a utilização de Testes Rápidos (TR) em gestantes no pré-natal e no momento do parto. Assim, o estudo teve o objetivo de investigar como o teste rápido está sendo utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de atenção primária à saúde de Porto Alegre, RS. Tratou-se de um estudo qualitativo de inspiração etnográfica incluindo a perspectiva de gestores, profissionais e gestantes usuárias do pré-natal na APS. Foram realizadas observações das reuniões mensais do Comitê de Transmissão Vertical de Porto Alegre durante o ano de 2014 e em uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (APS) do município onde também foram entrevistadas sete gestantes e cinco profissionais de saúde. Uma análise de discurso foi conduzida a partir das entrevistas transcritas e do diário de campo sob a ótica das relações de gênero. A análise resultou em duas categorias, intituladas *Pré-natal e teste rápido: mais uma tecnologia?* e *Teste rápido e saúde sexual e reprodutiva na atenção básica: entre a centralidade na mulher e seu descrédito*. Os achados apontaram que o TR tende a ser visto como mais uma tecnologia em saúde a ser reproduzida pelo/as profissionais nas suas rotinas de trabalho e no acompanhamento pré-natal sem contemplar a diversidade de contextos sociais das usuárias. A centralidade no cuidado e no controle da saúde da mulher, especialmente durante a gestação convivia com concepções de descrédito em relação as possibilidades de autocuidado das gestantes. Sugerem-se práticas de diálogo e educação em saúde mais abertas para os diferentes atores do processo e que fomentem a corresponsabilização, a humanização e a autonomia das mulheres e profissionais.

Palavras-chave: Teste Rápido; HIV; Sífilis; Pré-natal; Atenção primária em Saúde.

INTRODUÇÃO

Atualmente, o Rio Grande do Sul apresenta o maior coeficiente de transmissão, infecção e mortalidade por Aids entre os estados brasileiros. (BRASIL,

* Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS. Avenida Unisinos, 950 - Cristo Rei, São Leopoldo - RS, 93022-000. ethelribas@hotmail.com

** Programa de pós-graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS. Avenida Unisinos, 950 - Cristo Rei, São Leopoldo - RS, 93022-000. tonanrib@yahoo.com

2014). No que refere-se à Transmissão Vertical (TV), o Rio Grande do Sul, que possui seis casos de Aids a cada 100 mil habitantes, e Porto Alegre atinge os 15 casos a cada 100 mil habitantes. Conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a Aids, no Brasil, foi geralmente mais prevalente nos homens. Já entre os anos 1980 e 2008 a infecção em mulheres no Brasil apresentou um aumento e, a partir de 2008, este número começou a definir uma leve tendência de queda. No entanto, a região Sul do país ainda apresenta uma grande participação de casos de aids entre mulheres com especial destaque àquelas em idade reprodutiva. (BRASIL, 2014).

A infecção pelo HIV e a Sífilis entre mulheres em idade reprodutiva está ligada à probabilidade da gestação e, conseqüentemente, ao risco de TV do vírus. Neste caso, existe o risco de transmitir o HIV à criança durante a gestação, no momento do parto ou na amamentação (DOURADO, 2006). Em Porto Alegre a incidência de TV chega a 4,1 infectados a cada 100 nascimentos de mães soropositivas (PORTO ALEGRE, 2013). De acordo com o Ministério da Saúde esta pode ser reduzida ao risco de 2% a zero com aplicação de todas as medidas profiláticas, são elas: Teste anti-HIV, Sífilis e Hepatites virais durante pré-natal e trabalho de parto, uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana gestacional e no parto, cesárea profilática se carga viral acima de 1000 cópias, uso de AZT até 45 dias do bebê e aleitamento com fórmula láctea (BRASIL, 2010). O aumento da TV está diretamente relacionado ao diagnóstico tardio, sendo que o diagnóstico precoce é definidor na adoção de estratégias para impedir a infecção. (PMPA, 2012).

Neste contexto o Teste Rápido (TR)¹ surgiu como uma tecnologia em saúde para auxiliar no combate aos altos índices de TV do HIV. No pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza que o TR deve ser oferecido na primeira consulta e, no mínimo, repetido no início do terceiro trimestre e no momento do parto, em todos os Centros Obstétricos, particulares ou públicos, totalizando a realização de pelo menos três testes durante o pré-natal (BRASIL, 2010, BRASIL, 2006; BRASIL, 2014; PMPA, 2012; PMPA, 2014). Quando da detecção de HIV, Sífilis ou Hepatites Virais durante o pré-natal, parto ou pós-parto, uma série de recomendações e encaminhamentos devem ser disparados para a prevenção da TV e acompanhamento ou tratamento da mãe e da criança exposta, os quais devem envolver toda a rede de saúde nos diferentes níveis de atenção (BRASIL, 2010; PMPA, 2012).

Ter as informações corretas e o apoio de uma equipe de saúde é fundamental para uma gestação saudável e um parto com segurança, independentemente da

sorologia da mãe para o HIV. Identifica-se, atualmente, que a APS é uma produtora de valores de uso para milhões de cidadãos e que a vida deles seria mais difícil sem ela. Além da saúde ela pode compreender também os fatores psicológicos, educacionais e motivadores para uma comunidade. (CECÍLIO et al., 2012). Desta forma, a humanização dos cuidados surge como um compromisso das ciências da saúde, com a realização de valores que se relacionam à felicidade humana e são validados como bem comum. (AYRES, 2005).

A centralização da testagem na APS pode abrir caminhos para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva das comunidades, especialmente entre as mulheres. Assim, é pertinente destacar as relações de gênero (SCOTT, 1995; SUÁREZ, 1996 apud GUILHEM, 2009) que são constituídas nas interações entre gestores, profissionais e usuários/as. É a partir das discussões sobre as desigualdades de gênero e da inclusão das minorias, crianças, mulheres, deficientes, idosos e pobres nos estudos éticos que emerge a bioética de inspiração feminista. Ela busca trazer à tona análises críticas sobre os preceitos éticos que, no caso deste estudo relacionam-se às mulheres. (DINIZ E GUILHEM, 2009). Nessa dinâmica a fim de problematizar a discursividade da promoção da saúde ressaltamos também a noção foucaultiana de biopoder (FOUCAULT, 2008) ao se apresentar como uma forma de controle através do controle dos corpos. Neste estudo exemplificado pelas gestantes e pelo controle de do seu processo de gestação através dos mecanismos do pré-natal pela ótica das próprias usuárias e do serviço de saúde.

Dada a implantação recente do TR e a necessidade de redução dos índices de TV, bem como as imprescindíveis melhorias na humanização e na integralidade dos serviços e visando entender as perspectivas das gestantes como parte destes processos, uma análise sobre a implementação do TR na APS torna-se necessária. Não somente para identificar como está ocorrendo a sua implementação mas também para identificar como a prática dessas ações tem acontecido na rotina dos serviços de APS e, particularmente, como tem impactado a qualidade da atenção as gestantes. Como os/as profissionais estão encarando esta tecnologia e como têm a aplicando no seu cotidiano de cuidados. Assim, o presente estudo buscou investigar como o teste rápido está sendo utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de uma APS de Porto Alegre, RS. Buscou-se explorar a visão de usuárias e profissionais sobre o uso do TR no contexto do pré-natal, além de descrever como os/as profissionais da APS incluem a aplicação do teste no acompanhamento pré-

natal. Por fim, se pretendeu identificar dificuldades e potencialidades do uso do TR durante a gestação na perspectiva das usuárias, profissionais e gestores no que concerne a prevenção do HIV e a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

MÉTODOS

O estudo teve caráter qualitativo, com o uso de observações e entrevistas semiestruturadas (FLICK, 2006; VICTORA, 2000). A negociação para o trabalho de campo iniciou em dezembro de 2013, com a participação das pesquisadoras nas reuniões mensais do Comitê de Transmissão Vertical de Porto Alegre. O comitê tem como objetivo geral a prevenção de erros na cadeia resolutiva da prevenção da TV a partir de casos que já ocorreram. As reuniões são organizadas mensalmente pelos gestores da área técnica de DSTs, Aids e Hepatites virais de Porto Alegre e envolvem profissionais atuantes no nível da APS, serviços especializados e maternidades relacionadas com os casos apresentados, bem como outros convidados da área técnica. Durante o ano de 2014, além de constituir parte importante do trabalho de campo, a inserção no Comitê serviu de base para a negociação do contato com uma unidade de Atenção Primária para a realização de observações e entrevistas com profissionais e gestantes sobre o processo de implementação do TR.

Com a ajuda e o intermédio de uma profissional da área técnica do município, procurou-se selecionar uma unidade de APS que contasse com equipe de ESF completa e que, no momento da pesquisa, tivesse pelo menos um profissional capacitado para a realização do TR. (BRASIL, 2005). O local selecionado localizava-se a poucos metros de uma universidade, em um bairro da periferia de Porto Alegre. Inicialmente, foi realizada uma reunião com a enfermeira coordenadora da unidade para apresentar o projeto de pesquisa e obter o aceite do serviço. Neste encontro foi combinado como e quando poderiam ser feitas as entrevistas com as gestantes e com os/as profissionais de saúde e como ocorreria a inserção da primeira autora nas atividades da unidade para a realização de observações. Em especial, se buscava contemplar com isso o acompanhamento de atividades como a testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites virais com demanda livre, o fluxo de atendimento das gestantes e o funcionamento geral da unidade.

O contato com as gestantes era feito por intermédio da enfermeira ou da médica que conduziam as consultas de pré-natal. Após a consulta a mulher era

apresentada para a pesquisadora que lhe explicava a pesquisa. As que aceitaram participar eram então entrevistadas em uma sala reservada na unidade. As entrevistas duravam aproximadamente 25 a 30 minutos. Dentre as mulheres contatadas, apenas uma se recusou a participar por não ter disponibilidade de tempo. Já os/as profissionais, foram convidados diretamente ou por meio da coordenadora da unidade para as entrevistas, que foram realizadas nos consultórios médicos, sala de curativos ou na sala das agentes comunitárias de saúde, durando em torno de 40 a 50 minutos. Todas as entrevistas eram gravadas em áudio para posterior transcrição.

Tanto a participação prévia no Comitê da TV, quanto as observações realizadas durante o trabalho de campo na unidade de APS eram registradas em um Diário de Campo que contemplava a descrição das situações e das entrevistas, bem como as impressões da pesquisadora sobre esses momentos. Por fim, alguns dados gerais sobre as gestantes entrevistadas e seu acompanhamento de saúde foram consultados nos prontuários da unidade a fim de complementar as informações das entrevistas.

Foram entrevistadas sete gestantes entre três e oito meses de gestação que realizavam o pré-natal na unidade. As mulheres tinham idades entre 17 e 40 anos, sendo que cinco delas conviviam com um companheiro e quatro já tinham filhos. Uma das mulheres vivia sozinha com os filhos, pois o namorado, pai do bebê, estava preso, enquanto a outra vivia com os seus pais até o casamento, que ocorreria antes do nascimento do filho. Os cinco profissionais de saúde entrevistados tinham idades entre 31 e 41 anos, sendo duas agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira, um médico e uma técnica em enfermagem. Eles/as possuíam entre dois e 14 anos de profissão, sendo que a maioria destes na APS. Os Quadros 1 e 2 mostram outras características das gestantes e das/os profissionais, respectivamente.

Quadro 1 – Características das pessoas entrevistadas

No me	Id ad e	Ocupação	Escolaridade	Situação familiar	Filhos	Gravidez planejada
Ca mila	18	Estudante	Médio incompleto	Mora com companheiro	Não	Não
Clar ice	27	Do lar	Fundamental Completo	Convive com familiares (sogra)	2 filhos	Não
Mar ia	28	Caixa operadora	Fundamental Completo	Convive com companheiro	1 menina de 11 anos	Sim
Neu za	40	Auxiliar de serviços gerais	Fundamental incompleto	Convive com companheiro	1 menino de 19 anos	Sim
Lui za	17	Estudante	Médio incompleto	Mora com familiares (pais)	Não	Não
Ros a	25	Caixa operadora	Médio completo	Convive com companheiro	Não	Sim
Jord ana	20	Promotora de vendas	Médio completo	Convive com companheiro	Não	Sim

Fonte: elaborado pela autora.

Quadro 2 – Características das pessoas entrevistadas

Nome fictício	Idade (anos)	Profissão	Tempo de profissão	Tempo na unidade	Escolaridade
Pablo	40	Médico	10 anos	1 ano	Superior em Medicina
Ana	36	Enfermeira	14 anos	3 anos	Superior em Enfermagem
Lúcia	41	Técnica em enfermagem	12 anos	2 anos	Técnica em Enfermagem
Fernanda	31	Agente comunitária	2 anos	2 anos	Superior incompleto em nutrição e Técnica em Administração
Silvia	37	Agente comunitária	9 anos	9 anos	Formada em Nutrição

Fonte: elaborado pela autora.

O projeto de pesquisa foi previamente aprovado pelos Comitês de Ética da Unisinos e da Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, sendo que todas as gestantes e profissionais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este trabalho seguiu as diretrizes e normas regulamentadas pela resolução nº 466/12 (BRASIL, 2012).

A análise de dados foi orientada pela Análise de Discurso (IÑIGUEZ, 2004; MAINGUENEAU, 1998), para a qual os sentidos dos textos devem ser captados para compreensão do contexto em que os discursos se produzem, atentando-se não apenas ao que é dito explicitamente, mas também ao que não é dito, às expressões e formas particulares de verbalização e ao entorno dos relatos, ou seja, revela as vontades, os planos e as ideias contidas nos discursos. As transcrições das entrevistas e as anotações do diário de campo foram lidas na íntegra diversas vezes e com base no referencial teórico e nas discussões entre as pesquisadoras, foram construídos dois eixos analíticos considerados relevantes para esta análise intitulados: *Pré-natal e teste rápido: mais uma tecnologia?* e *Teste rápido e saúde sexual e reprodutiva na atenção básica: entre a centralidade na mulher e seu descrédito*. A seguir, as categorias serão descritas e vinhetas das entrevistas e observações foram utilizadas para ilustrá-las.

TESTE RÁPIDO NO PRÉ-NATAL: MAIS UMA TECNOLOGIA?

Este eixo analítico tem como base a implementação do teste rápido na APS e compreendeu as perspectivas das gestantes e do/as profissionais sobre este processo abrangendo a utilização do TR e identificando pontos relacionados à compreensão sobre a execução do teste, apoio e participação no pré-natal. Como se verá a seguir, o TR parece ser percebido pelos/as profissionais como *mais uma política*, importante para a Atenção Primária, mas *somada* às outras ações em saúde dos serviços que devem ser *absorvidas* por eles. Para as gestantes, o TR inclui-se como um exame necessário durante a gravidez, com a importância de ser realizado para *ver se está tudo certinho com o bebê* ou para a mãe *não passar nada para o bebê*, levando a saúde da mulher a um segundo plano.

Ao serem questionadas sobre como foi fazer o TR, as gestantes enfatizaram aspectos como a praticidade da obtenção do resultado do exame e a necessidade apontada pelo/as profissionais de repeti-lo outras vezes durante o pré-natal sem, no entanto, demonstrar entender exatamente o porquê desse procedimento ou mesmo

preocupações com a prevenção das DSTs. Nesse sentido, ficou evidente uma atitude de obediência das gestantes diante das orientações do/as profissionais sobre o TR e também de outros exames do pré-natal, como os relatos de Rosa e Luiza ilustram:

“Pesquisadora: E ... falando um pouquinho mais dos exames: tu te lembra o que tu fez até agora de exames?”

Rosa (gestante): Eu fiz os primeiros de HIV sífilis, que foram os mais rápidos que já saiu o resultado. Depois me encaminharam pra fazer os exames de sangue e de rotina pra ver se está tudo certinho com o bebe. Eu fiz todos os que mandaram.

Pesquisadora: E tu te lembra quando tu fez o teste rápido, o que eles te explicaram?”

Rosa: É, eles falaram que iam fazer o teste pra ver se tinha algo pra eu passar pra criança. Ela disse que eu vou fazer de novo nos últimos meses pra ver se dá alguma alteração.

Pesquisadora: E tu sabe porque tem que repetir?”

Rosa: Não, não cheguei a perguntar.”

“Pesquisadora: Como foi pra ti fazer o teste rápido? Como foi na primeira vez, o que ela te falou?”

Luiza (gestante): Sim... achei bom que o resultado tira na hora. A gente fica sabendo na hora e o escrito pega depois. Mas ela me explicou.

Pesquisadora: E o que tu achou das explicações que te deram aqui sobre o teste, que que te falaram?”

Luiza: Ela disse que pode ser que depois eu adquira uma doença então eu tenho que fazer outro. Mas que esse resultado (do TR) dava na hora.”

Nos trechos acima, a gestante Rosa sabia que precisava testar novamente, mas não questionava o motivo pelo qual devia repeti-los, pois parecia estar tranquila com o primeiro resultado negativo e não imaginava algo diferente. Luiza também sabia que precisava refazer o teste, mas não demonstrava preocupações com a prevenção ou com a possibilidade de adquirir alguma doença. Assim, para as mulheres, a relação à realização do TR e das doenças por ele detectadas parece se descolar dos contextos sexuais e afetivos em que os comportamentos de risco para a aquisição dessas doenças acontecem, como se não houvesse a necessidade de pensar sobre eles.

Uma das gestantes, porém, a Maria, apresentou um discurso diferente das demais. Demonstrava saber sobre a importância da utilização do TR e dos demais exames do pré-natal, sabia sobre os riscos e as formas de prevenção das DSTs e, em sua fala, assumia uma posição de maior autonomia diante do seu companheiro, inclusive o orientando sobre comportamentos preventivos.

“A única coisa que tu tem que colocar na tua cabeça é se prevenir, tem que colocar na tua carteira (a camisinha). Depois que tu saiu com aquela mulher a tua preocupação vai ser que tu fez uma coisa errada, mas tu te preveniu.” (Maria, gestante)

Essa gestante fora agente de saúde em seu estado natal, o Ceará, e, como tal, tinha um conhecimento ampliado sobre ações em saúde, promoção e prevenção. Demonstrava mais maturidade também na relação com seu marido, que era mais jovem do que ela, e se colocava no papel de orientá-lo sobre a prevenção das DSTs sem negar a possibilidade de relacionamentos extraconjugais, segundo ela, coisa comum e esperada entre os homens.

Como se pode perceber, a inserção do TR na rotina de outros exames e do monitoramento do pré-natal parece ser sentido pelas mulheres como algo obrigatório e que deve ser feito para proteger a criança. Em geral, os questionamentos e dúvidas das gestantes quase não se verificavam, pois aparentemente as informações eram de ordem estritamente prática e repassadas de modo semelhante para todas. Aparentemente, não eram levadas em consideração a vida afetiva e social de cada uma como, por exemplo, sua relação com o marido, trabalho e filhos, tornando invisível quase tudo o que não fosse diretamente relacionado aos aspectos físicos da gestação. Entende-se que essa abordagem sedimenta para a gestante que a importância do teste é apenas para *não passar nada pro bebê*.

O/as profissionais alegavam que *"elas(gestantes) têm um pouco de vergonha de perguntar"*, e assim as informações passadas por ele/as se concentram na objetividade do resultado – positivo ou negativo - e não em uma avaliação individualizada dos riscos visando a promoção e prevenção da saúde da mulher como todo. Deste modo, a compreensão do/as profissionais, enquanto peças importantes na ampliação de suas práticas em torno destes significados pode não estar clara, como mostra o relato a seguir:

“Mas ainda acho que elas (gestantes) não sabem a dimensão do problema, se elas não fizerem o tratamento (para sífilis) ...” (Lúcia, técnica em enfermagem)

A *dimensão do problema*, descrita no relato acima, poderia ser uma visão apenas da profissional, que tem propriedade para afirmar sobre o impacto que uma sífilis não tratada tem para a saúde. Para a gestante esta “dimensão” pode assumir contornos muito diferentes e, possivelmente, percebe um menor impacto imediato em sua vida (até pelos sintomas, que são transitórios), uma vez que é uma doença comum em seu meio social e o benefício de um longo tratamento não parece se sobrepor as inúmeras dificuldades em adotar comportamentos preventivos no seu cotidiano. A fala da gestante Camila refletiu isso: *“É um acompanhamento longo (o da sífilis), né. Então é difícil da pessoa ficar ‘firme né’, pois tem que fazer o tratamento e usar o preservativo. Ai já viu né?”*

Sabe-se que a APS tem um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção das morbidades, pois é a partir dela que a população pode construir práticas e meios próprios de atingir a saúde bem-estar. Oliveira e colegas (2012) relatam que a APS é um lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado de que precisam. Seus status de contato primeiro e preferencial deveria se dar para a maioria das pessoas, o que possibilitaria o diagnóstico e o acompanhamento integral de muitas morbidades.

No entanto, ao passo que a unidade busca prover os cuidados básicos para o acompanhamento da gestação e não se vê como promotor de mudanças em direção à integralidade da saúde, mas sim como um reprodutor de processos, as mulheres também parecem não reconhecer que a sua realidade, para além da gestação, seja importante para o/as profissionais de saúde. No presente estudo, com exceção das agentes de saúde, que obrigatoriamente visitavam a casa das pessoas, o/as demais profissionais demonstraram saber pouco sobre a vida familiar e social das gestantes. Ademais, ao acompanhar a rotina do local, foi possível perceber um envolvimento ininterrupto do/as profissionais e das próprias usuárias com as consultas, visitas, curativos, medicamentos e a necessidade de realizar inúmeros registros, sem haver muito espaço para trocas e diálogos que aproximassem o discurso da prevenção de DSTs das práticas sexuais e relacionamentos amorosos das gestantes. Assim, a inserção do TR na rotina de acompanhamento pré-natal consolidava-se como mais uma demanda que a equipe da unidade precisava absorver dentre tantas outras, como evidencia o relato de uma profissional:

“Na rotina (o TR) fica mais difícil pra todos os profissionais. Ah... políticas públicas vêm do ministério, do estado ou do município... e assim como o TR, têm tantas outras coisas. As demandas só vêm e nós temos que assimilar e que fazer. Temos que absorver tudo. Nunca diminui, só aumenta. Como profissional, quando aparecem essas políticas, eu vejo que não são pensadas em nós. Vamos implementar, mas contratar mais profissionais, isso não é pensado, não existe. Quem está lá tem que absorver mais isso. Tu tem que abrir espaço e horário e fazer. Nós nos sentimos desvalorizados e colocados em segundo plano. É bom pro paciente? É, então vamos fazer. Mas e o profissional? Esse não é pensado. Ele vai ter tempo? como está a cabeça dele pra fazer aquilo?”
(Lúcia, Técnica em enfermagem, há 12 anos na APS)

O/as profissionais expressaram claramente que o TR foi adicionado às suas rotinas como de forma burocrática e com tempo limitado. Ele/as reconheciam a importância desta política para a saúde e, especialmente, da população, porém, entendiam que sua implantação não contemplava a realidade de seus processos de trabalho e a burocracia que os novos procedimentos implicavam na sua rotina. Da mesma forma que as gestantes também não parecem ser "ouvidas" ou acolhidas, os/as profissionais se queixam de que suas demandas e necessidades não eram incluídas como parte essencial da implementação da política e se sentiam desvalorizados:

“Eu acho ótimo! Modernidade! [...] O problema é a agenda pra tudo isso, mas (pra população) diminui o custo de passagem, facilita o tratamento, tem muita vantagem.” (Sílvia, agente comunitária de saúde)

“Eu acho que o TR é uma ótima ferramenta de saúde pública, com certeza. Mas tem muita burocracia. Eu dou um rendimento de 30% aqui pelo tempo que eu tenho que investir preenchendo papel. E você sabe quantas pessoas deixam de entrar numa consulta pelo tempo que eu tenho que investir preenchendo esta porcaria de folha?” (Pablo, médico)

“Então, essa questão burocrática, de papel é o que atrapalha o nosso dia. Tipo, a gente teria metade do trabalho, atenderia muito mais pessoas se

não tivesse tantos papeis, se tivesse tudo informatizado, por exemplo, ou se tivesse um profissional só pra cuidar disso.” (Ana, enfermeira)

Merece atenção o fato de que estes recortes apareceram em todas as entrevistas do/as profissionais enfatizando não só a dificuldade que esses processos burocráticos traziam, como o fato de que ele/as não estavam habituados a serem ouvidos. Todos levantaram as questões da burocracia excessiva e esse uníssono nos depoimentos, para a pesquisadora, era como se estivessem fazendo uma avaliação do serviço e de como seu trabalho poderia melhorar. Ficou evidente também a percepção do/as profissionais quanto à sua não participação na formação das políticas nacionais e ao seu papel de apenas executores, sem espaço para questionamentos.

Assim, é perceptível que esta conduta ausente de indagações seja reproduzida no tratamento com as gestantes que, sumariamente, recebem suas requisições para realizar os testes a partir do/a médica ou das enfermeiras, e pouco consideram o seu contexto de vida. Logo, as gestantes – por receberem informações precisas e práticas, mas distantes de sua realidade e que pouco dialogavam com as suas reais possibilidades de executá-las, - não questionam os/as profissionais. E estes/as que – por estarem acostumados/as com a hierarquização e unilateralidade da definição dos seus processos – não conseguem abrir muitos espaços para um diálogo com as gestantes e também não questionam os/as seus/as gerentes. Por fim, os/as gerentes – por verificarem altos índices de transmissão vertical do HIV e que estes índices persistem – cobram aos gestores. Entende-se que essa cadeia acaba por obstaculizar as potencialidades que a implementação do TR busca promover, uma tecnologia inovadora e que pode agilizar enormemente os processos de cuidado e também alavancar a centralidade da APS na rede de atenção.

Todavia, os papéis estabelecidos pelas gestantes e pelo/as profissionais não são estáticos. Em algumas situações, parece haver certa “resistência” exercida pela gestante em relação ao profissional, pois à medida que a gestante não adere à realização do TR ou mesmo as demais atribuições do pré-natal, seja porque outras dificuldades não ouvidas de sua vida se sobrepõem ou porque não vê sentido nas “instruções”. Nesses casos, institui-se uma relação que obriga o/a profissional a acompanhar e “ir atrás” desta gestante sempre que ela estiver em dívida com as suas consultas e exames do pré-natal.

“Pesquisadora: E tu vai em todas as consultas?”

Clarice (gestante): Aham, só não vou muito nos exames. [...] mas a minha agente tá sempre me cobrando também. Vive em cima de mim. Aonde ela me vê ela fala: ‘Ô Clarice, fez os exames? Foi na consulta? Eu vou lá ver, hein?!’”

“[...] aí se ela agendou o teste e não veio, no dia que ela vem pra próxima consulta, eu sempre faço no dia, ela não sai sem o teste [...] senão eu peço pro agente ir atrás pra ver o que está acontecendo.” (Ana, enfermeira)

Por sua vez, o/as profissionais parecem se ver “obrigados” a realizar essa busca ativa das gestantes não-aderentes para atender as cobranças da gestão em relação as reduções dos índices de TV, como era frequentemente salientado para a rede nas reuniões do Comitê:

“Estes índices (de TV) devem ser reduzidos a zero. [...] Temos que responder a esta demanda. Temos que ter uma atitude” (Gestor da política de HIV/ Aids. Reunião do Comitê do dia 05/06)

Como se viu, os/as profissionais de saúde tendem a direcionar ou conduzir o acompanhamento pré-natal conforme as recomendações e processos previstos pelas políticas de modo burocrático, sem, muitas vezes, levar em conta as particularidades da vida das gestantes. Os/as profissionais têm o seu momento de controle sobre as gestantes ao deliberar sobre a conduta delas no pré-natal, mesmo que muitas vezes distante da realidade das mesmas. Por outro lado, também fundamentam uma certa autonomia perante a sua gestão quando detêm o controle sobre muitas das ações postuladas pelas políticas: a unidade de APS. Ou seja, sem a mobilização e a ação efetiva dos/as profissionais junto às comunidades, as políticas de saúde têm pouco sucesso.

Nesse sentido, é útil retomar as ideias de Foucault (2003) sobre as relações de poder. Para esse autor, não existem exercícios de dominação unilaterais ou bilaterais, mas que eles são múltiplos e não estáticos. No seu pensamento existem “momentos de dominação”, onde o poder não é algo que uns possuem e outros não, ou ainda que

privilegia apenas um único centro (classe, Estado ou indivíduo), mas pode ser exercido, de diferentes formas por diferentes atores. No presente estudo, pode-se identificar a alternância destes “momentos de dominação” tanto pelas gestantes, pelo/as profissionais e pelos gestores, uns em relação aos outros. As relações podem ser apresentadas por feixes e não por uma linha, constituindo-se uma rede que perpassa todas as relações sociais. Como afirma Foucault (1978, p. 103):

(...) não se deve tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem.

Ainda, todos os pontos de poder constituintes desta rede resultam também uma possibilidade de resistência. Se não há nenhuma resistência não há nenhuma mudança. (FOUCAULT, 2003). Isso nos leva a identificar que seja na comunidade, na APS ou nas reuniões do comitê pontos em que as resistências poderiam ser propulsoras de mudanças. Nas reuniões do Comitê, por exemplo encontramos uma forma marginal de resistência aos cuidados de saúde mas que parecia ser central aos acontecimentos e à própria operação do Comitê. Ao analisarmos alguns dos títulos dos casos apresentados nas reuniões podemos entender como estes desafiavam as equipes e a rede, como um todo, a repensar a lógica dos seus processos de trabalho ainda que se demonstre a reafirmação de certos estereótipos: *Caso A: Não uso de antirretroviral no parto. Mãe usuária de crack, sem pré-natal pois a unidade de saúde não conseguiu contato, teve seu filho na ambulância; Caso B: Sífilis congênita. Mãe de 24 anos, negra e prostituída; Criança institucionalizada. Não houve pré-natal nem notificação do parto. APS sabia que a mãe tinha sífilis e afirma que a gestante desapareceu; Caso C: Pré-natal com risco acrescido. Gestante com a 4ª gravidez HIV positiva. Médica informa que ela não comparece às consultas e não sabe dizer qual é a situação de vulnerabilidade da gestante.*

No Comitê, algumas mudanças sutis puderam ser vislumbradas a partir destes casos. Na primeira reunião de 2014, por exemplo, foi apresentada a nota técnica nº

01/2014 que foi impulsionada a partir das primeiras reuniões e casos apresentados em 2013. A nota trata da obrigatoriedade na realização de testagem rápida de HIV e VDRL em 100% das gestantes e parturientes nas internações e procedimentos ambulatoriais de abortamento, independentemente de internação pelo Sistema Único de Saúde ou convênios, em todos os hospitais da rede municipal. Outro ponto frequentemente repactuado foi a designação de pessoas de referência para uso dos serviços, por exemplo, se alguém precisava antecipar uma consulta no pré-natal de risco a quem devia procurar, etc. Esses papéis ficaram mais definidos ao longo das reuniões do Comitê.

Na medida em que estas mudanças apresentavam seu lado positivo no sentido de ampliar a cobertura dos testes e melhorar a intercomunicação das equipes, também podiam se apresentar como mais uma forma de controle sobre as mulheres, quando discussões sobre a necessidade de laqueaduras tubárias e internações compulsórias para tratamento de dependência durante a gestação surgiam como vias de controle da TV. Nesse sentido, o controle da sociedade sobre os indivíduos, nesse caso as mulheres, não se opera simplesmente pelas ideologias, mas começa com o corpo. (FOUCAULT, 1979). Em seu livro *Segurança, Território, População*, o autor conceitua biopoder da seguinte maneira:

(...) essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder. (FOUCAULT, 2008, p. 3)

Dessa forma, as gestantes altamente marginalizadas pelo uso do crack e pela doença mental "resistiam" em proteger os seus filhos. Escapavam dos agentes de saúde, da unidade e dos hospitais e isso era encarado pelos gestores como uma resistência individual, de que elas não tinham condições de se cuidar ou de aderir às práticas de cuidado. Contudo, estes não parecem se ver como parte da produção desta realidade, ao definirem estes conceitos sobre elas e ao se colocarem como

responsáveis exclusivamente pela redução dos índices de contaminação pelo HIV e de TV. É do lado aparentemente mais frágil, que surge a resistência, mencionada por Foucault, produtora das mudanças. A resistência não veio da APS ou dos gestores. Ela veio das mulheres marginalizadas, que ao gestarem uma criança – e não incorro ao erro se referir que é *somente* por gestar uma criança, do contrário são invisíveis – ganham a atenção dos órgãos de saúde pública. Sem estas mulheres que, da sua forma, resistem aos cuidados predefinidos impostos pelo sistema de saúde que não abarcam às suas realidades e não se encaixam nos “padrões”, possivelmente nem o Comitê existiria.

Há, visivelmente, um processo de reprodução de tarefas em decorrência da desumanização do sistema caracterizado pela grande hierarquização e a cultura de não-comunicação entre a APS e os formadores de políticas. É importante ressaltar que este fato se distancia de alguns dos princípios básicos do SUS como, por exemplo, a descentralização administrativa, originada da Reforma Sanitária com o objetivo de diminuir distâncias administrativas e remover barreiras burocráticas. Outro ponto negligenciado nesse processo é a humanização das práticas em saúde, que tende à ser vista como algo a ser proporcionado aos usuários, e não uma prática de todos, que poderia abranger os/as gestores/as e os/as profissionais nas suas relações interpessoais garantindo uma possibilidade de aproximação com as comunidades e, como consequência, práticas e ações em saúde mais assertivas. (PAIM, 2009; BRASIL, 1988; 1990; 2004).

No comitê, a percepção da unilateralidade e da hierarquização foi evidente. Quando identificados os casos de não realização do TR ou não uso de antirretroviral no parto, era levantado todo o fluxo realizado que culminara nestes casos críticos. A partir daí eram realizadas pelos gestores quando necessárias, mudanças nos processos que, por sua vez, eram repassadas às unidades de APS e aos serviços especializados para que fossem implementadas.

Vamos reunir o pessoal da unidade e rever o processo, convocava o gestor. No âmbito do Comitê da TV, eventualmente, emergiam sugestões de melhorias a partir dos representantes do nível terciário de atendimento para os gestores, mas raramente estas sugestões vinham a partir da APS. Nesses espaços, os/as profissionais da APS tendiam a assumir uma posição de maior passividade e obediência diante das demandas e colocações da área técnica e dos representantes dos serviços

especializados. Em poucas reuniões foi percebida uma tentativa de representação da realidade da APS aos gestores:

“O gestor informa que a Atenção Primária deve achar a gestante e seguir de acordo com o protocolo, não perdendo o vínculo. Contudo, o profissional do posto se levanta e informa que isso não é fácil nem simples. Que eles têm 20 mil atendimentos por mês e que é difícil manter ou estabelecer vínculos. (Trecho extraído do Diário de Campo da reunião do dia 05 de junho de 2014)

Esta situação representa muito do que já se pontuou. Em primeiro lugar, vê-se claramente a deliberação para que a unidade assimile mais uma demanda, sem análise ou consideração dos motivos que levaram-na a não realizar o que dela era esperado, neste caso uma busca ativa pela gestante. Em segundo, percebe-se a interpelação do profissional da unidade tentando se fazer perceber e estabelecer um diálogo com o gestor, que não foi comum. Nas reuniões presenciadas, geralmente a APS não entrava em discussões relacionadas à absorção das demandas, mostrando-se disposta a dar seguimento nos casos sem muitos questionamentos. Outro ponto importante a ser ressaltado foi a visão do/as profissionais da unidade de APS participante sobre o TR ser mais uma tecnologia voltada para a já “rica” política do HIV, como se rebaixasse a importância dos demais programas ou, no mínimo, se mostrasse desarticulado destes.

“Às vezes a gente fica pensando, é organização municipal, mas assim, pra HIV/AIDS a gente vê que é mais organizado. Tanto na questão de formulários, notificações, de tratamento, tu consegue... tu trabalha sem dificuldade com a doença de AIDS. Por exemplo, outras áreas são um caos, tu não consegue trabalhar, tu não consegue acompanhar os pacientes, é difícil. [...]” (Ana, enfermeira)

Sabe-se que a política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com Aids no Brasil é considerada uma das mais bem estruturadas do mundo, incluindo também outras modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada (Serviço de

Atenção Especializada em HIV/aids - SAE). (BRASIL, 2012). Contudo, o pensamento de que essa política se sobrepõe às demais não é algo novo e já foi referenciado em alguns trabalhos. Um deles, realizado por Nemes e colegas (2001), afirma que quando se examina a situação da atenção à saúde ao grupo de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Brasil, observa-se uma condição privilegiada, especialmente quando comparada à rede de saúde pública como um todo, tanto na oferta de insumos para o tratamento, quanto nos chamados “fatores humanos” para a atenção. A autora também trazia que uma nova cultura de atendimento focada no aspecto humanizado era um desafio a ser consolidado. Verifica-se, portanto, que apesar deste estudo ter sido publicado há 14 anos, a necessidade de humanização permanece atual e persiste como um desafio para as organizações em saúde.

No caso desta pesquisa, de acordo com as entrevistas e com as observações, para as gestantes o TR surgiu como mais um exame da gestação que, como todos os demais, tem os seus resultados e caso exista alguma alteração, bastaria tratar. Para os/as profissionais ele se encaixa na rotina de trabalho como uma mais uma demanda a ser reproduzida. Identifica-se que, para que o TR não seja mais um procedimento a ser assimilado, o diálogo e a problematização entre todos os atores deste processo poderia ser maior, ampliando a compreensão acerca das realidades de cada um, estabelecendo dúvidas quanto ao que já está sendo feito e como pode ser melhorado, gerando mudanças. Os/as profissionais, ao indagarem às gestantes sobre suas realidades e compreender os seus contextos culturais reforçariam o vínculo com a unidade e a transferência de saberes referentes ao HIV e outras doenças, possibilitando à gestante maior autonomia sobre a sua saúde e sobre a saúde da sua família.

Dentro desta proposta de diálogo, o aconselhamento, que tornou-se mecanizado e mais uma parte de um processo, retomaria o seu conceito base de “*um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids.* (BRASIL, 2003). Conhecendo melhor a sua comunidade e as suas pacientes, a equipe de saúde, com maior propriedade, dialogaria com seus gestores a partir da compreensão ampliada sobre a relação dos/as usuários/as com a APS e garantindo maior apoio para as suas lutas diárias com recursos materiais e humanos transformando-se em aliados uns dos outros.

Assumir uma posição de comodismo em torno do discurso de sobrecarga e de burocratização, por parte dos/as profissionais também já não é mais cabível, pois só reforça as dificuldades em torno da realização do TR e das demais atribuições em saúde. Os altos índices de transmissão vertical do HIV clamam por atitudes de todos, que passem distantes da passividade. A existência de grupos de educação permanente dos/as profissionais, repensar estratégias de educação em saúde que se adaptem às diferentes necessidades e demandas das comunidades, bem como a problematização dos acontecimentos concomitantes à corresponsabilização dos envolvidos na redução destes índices poderão alavancar a melhoria da saúde da população como um todo.

TESTE RÁPIDO E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA NA ATENÇÃO BÁSICA: ENTRE A CENTRALIDADE NA MULHER E SEU DESCRÉDITO

Esta categoria analítica envolveu os discursos e práticas expressos pelas mulheres, pelo/as profissionais e que apareceram durante as discussões do comitê da TV a respeito da saúde sexual e reprodutiva da mulher enquanto mãe e gestante, principal foco das políticas de prevenção da TV. No decorrer da pesquisa observou-se que presença mais frequente da mulher no serviço de saúde, seja para as consultas habituais ou para o pré-natal, é algo esperado e encarado como “natural de ser mulher”, que se cuida mais do que os homens. Ao mesmo tempo, a maior frequência na APS e a ênfase das políticas na mulher nem sempre era garantia de uma atenção adequada e complexa a sua saúde sexual e reprodutiva. Atrelado a este cenário estava a pouca participação do homem na gestação e sua quase ausência no espaço do serviço de saúde, bem como de esforços para incluí-lo, aspectos que foram bastante comentados durante as entrevistas com o/as profissionais e gestantes e observados nas discussões do comitê da TV.

Esse eixo de análise se pautou na perspectiva da bioética feminista e em uma concepção relacional de gênero. Esta concepção se refere à organização social da relação entre os sexos, ao desempenho de papéis e às relações sociais que são pautadas e reconstruem, continuamente, as diferenças entre homens e mulheres em detrimento do determinismo biológico associado ao uso do termo “sexo”. (SCOTT, 1995) Nesse sentido, “sexo e gênero são duas realidades diferentes, ainda que aconteçam juntas”. (SUÁREZ, 1996 apud DINIZ E GUILHEM, 2009 p. 07). Para Joan Scott (1995) podemos responder como o gênero atua nas relações sociais ou como ele dá sentido à organização e à percepção dos conhecimentos históricos, se ele

for tratado como uma categoria analítica. Assim, a assimetria de gênero trouxe uma perspectiva crítica a algumas teorias, em especial a bioética de inspiração feminista. Diniz e Guilhem (2009) esclarecem que a bioética feminista não busca um discurso sexista, tampouco defender os direitos e interesses de grupos sociais específicos, mas sim incluir na pauta das discussões “aqueles(as) historicamente desconsiderados(as) nos estudos éticos, sejam eles(as) mulheres, crianças, minorias étnicas e raciais, deficientes físicos e mentais, idosos e pobres.” (DINIZ E GUILHEM, 2009, p. 02).

Durante as reuniões do Comitê foi identificada a centralidade das discussões na figura da mulher, do que ela fazia ou não e do que poderia ser feito em torno dela pelos serviços de saúde. Como tratavam-se de casos de gestação de risco e/ou crianças expostas ao HIV ou Sífilis, era compreensível que as atenções, de fato, se voltassem, em grande parte, para a mulher. No entanto, ao longo da pesquisa foi sendo identificado que esta era uma conduta generalizada e sedimentada nas práticas em saúde como um todo e não apenas no que se referia à prevenção da TV. Por exemplo, na unidade de APS, esse direcionamento para a saúde da mulher era retratado desde a sala de espera do serviço. Dos cartazes afixados no mural desta sala, a maioria se voltava para a saúde sexual e reprodutiva da mulher, por exemplo: um deles era sobre a vacinação para o HPV, o outro ainda referia ao Outubro Rosa e um terceiro falava sobre o incentivo à amamentação.

Da mesma forma, ficou evidente o foco de atenção da saúde sexual e reprodutiva na mulher, tanto para as profissionais quanto o único profissional entrevistado, quando ele/as afirmaram que os programas e ações em saúde voltados para as mulheres existiam em maiores quantidades.

“Tu sempre vai pensar na saúde da mulher primeiro. É mais batido. Tem o outubro rosa todo o ano que é voltado pra saúde da mulher. Esse ano foi feito o novembro azul, foi o primeiro ano. Mas não houve procura como no outubro rosa. Tem muito mais programas para as mulheres.”
(Lúcia, Técnica de enfermagem. Há 12 anos na APS.)

“A mulher tem mais programas e mais leis para proteger. Não há equidade nem aqui nem no meu país. Os homens não tem tantos programas de saúde pra eles.” (Pablomédico, Venezuelano, há um ano no Brasil pelo Programa Mais Médicos)

A maternidade perpassa barreiras sociais, culturais e econômicas constituindo um valor instaurado importante em nosso meio e podendo tornar-se um meio central de legitimação social para mulheres, especialmente das camadas populares. (BORBA e CLAPIS, 2006). Ao gestar uma criança a mulher carrega esta marca social que constitui-se como parte do seu cotidiano passa a ter os serviços voltados para isso. Assim, a maioria das ações em saúde voltadas à mulher estava relacionada ao âmbito sexual e reprodutivo, centralizando os cuidados da APS, nos níveis especializados e nas discussões do próprio Comitê. Neste último, os debates das reuniões trafegavam entre o cuidado com a gestante para que a criança nascesse saudável - como a necessidade de busca ativa pela gestante, esquematização para o momento do parto e uso dos ARVs quando necessário - e as estratégias para reduzir a possibilidade de novas gestações em mulheres consideradas em situação de vulnerabilidade, como a laqueadura ou a utilização de contraceptivos de uso prolongado. Essa "vulnerabilidade" invariavelmente remetia a contextos em que a maternidade não era justificada ou aceitável e em que, com frequência, conjugavam vários riscos tais como uso de drogas, estar na rua, prostituir-se, já ter tido vários outros filhos, ter tido filhos institucionalizados ou sendo criados por outros familiares, apresentar problemas mentais ou estar em extrema pobreza. Assim, percebe-se que a maternidade em uma situação desviante é recriminada e tomada um problema de saúde pública a ser combatido.

Este cenário se incorpora ao conceito de *politização da maternidade*, elucidado por Dagmar Meyer (2005). A autora traz esta ideia a partir de recortes teóricos da *biopolítica* (FOUCAULT, 1993), onde técnicas disciplinares com procedimentos reguladores estão articuladas à política da vida. Dentro deste contexto, a vida do ser humano está em questão, sempre colocada em relação à vida de toda a população levando a uma educação dos corpos e do sexo das mulheres, em função da sua responsabilidade na criação dos filhos levando “corpos grávidos e maternos a se constituir como territórios de biopolíticas contemporâneas”. (MEYER, 2011, p. 20). Pode-se, então identificar uma multiplicação dos discursos sobre os cuidados com o corpo feminino e à intensificação destes cuidados na sociedade contemporânea dá-se o conceito de *politização da maternidade*. Ela refere, por exemplo, que o modelo de mãe que cuida e que se cuida é altamente veiculado pelas mídias gerando uma descolagem de contextos sociais mais amplos que possam envolver a maternidade.

Louro (2004), reforça que mães saudáveis devem gerar crianças saudáveis e aquelas que não se mobilizam para isto são consideradas como mães de risco. Essa conceitualização “produz sujeitos que se tornam alvos de práticas educativas e de intervenção mais sistemáticas e estandardizadas”. (LOURO, 2004 apud MEYER, 2011, p. 21).

Neste estudo podemos identificar que possivelmente este modelo de maternidade inspira os/as profissionais e gestores de saúde a adotarem posturas controladoras para com as mulheres e gestantes, sem se apropriarem das realidades sociais envolvidos na produção da drogadição, a convivência com o HIV, a violência doméstica e outros exemplos de vulnerabilidades comumente vistos no transcorrer desta pesquisa.

Caso de gestante HIV positiva, com risco de transmissão vertical. Gestante tem dois filhos sem o HIV que são levados à unidade de saúde pela avó. Segundo a unidade ela tem um histórico de não comparecimento às consultas e é difícil encontrá-la em casa (caracterizando-a como “fujona”). Este caso está acontecendo agora. O gestor pede que a ESF realize uma busca ativa na paciente e que a unidade deverá entrar em contato caso ela apareça, pois a data provável do parto está próxima e a equipe do hospital deverá ficar em alerta. (Reunião do comitê do dia 08/05/2014).

Ao ser indagado sobre como é feita a contracepção da mulher vivendo com HIV ou o médico do hospital afirma que a puérpera já sai da consulta com a injeção (de anticoncepcional) administrada. (Reunião do comitê do dia 03/04/2014)

No entanto, no decorrer do trabalho de campo percebe-se que essa centralidade parecia encobrir uma concepção comum entre o/as profissionais de saúde em diferentes espaços: a de que a mulher supostamente não teria capacidade para cuidar ou gerenciar a sua saúde sexual e reprodutiva.

A gente vê que elas não estão convencidas que pegaram aquela doença (Sífilis). [...] Mas ainda acho que elas não sabem a dimensão do

problema e do que pode acarretar para o bebê, e que se elas não fizerem o tratamento direito elas vão continuar com a doença, e vão transmitir pra mais alguém. (Neuza, técnica em enfermagem)

Na verdade, assim, elas não se preocupam muito em como não pegar. Por exemplo, quero fazer o teste, mas que dê negativo, não que dê positivo. E aí, as vezes, no entendimento, é um simples teste de HIV, mas é uma coisa que não acontece comigo né. (Ana, enfermeira)

Essa ideia era reforçada também em algumas reuniões do Comitê. No decorrer das discussões dos casos eram fornecidas, geralmente pela unidade de APS, algumas descrições particulares de cada gestante que, na maioria dos casos, contemplava o seu número de filhos. Com frequência ouviam-se frases como “*ela vai engravidar de novo daqui a pouco*” ou “*tem que fazer laqueadura nessa mulher*”.

As profissionais da APS utilizaram as expressões *não sabem a dimensão do problema e entendimento* para caracterizar a compreensão limitada da mulher acerca da causa e do tratamento da sífilis, no primeiro caso, e ao diagnóstico de HIV, no segundo caso. Compreensão esta que apareceu durante as reuniões do Comitê, aonde a preocupação com as futuras gestações dava-se em vários momentos e parecia ser também procedente deste pensamento. No entanto, para além dos significados técnicos associados às DSTs, alguns dos quais podem ser, de fato, de mais difícil compreensão pelas mulheres, entende-se que a aparente dificuldade de entendimento pode estar muito mais ligada aos significados culturais e estigmas sociais negativos atribuídos a essas doenças, em especial ao HIV, como diversos autores vêm debatendo. Por exemplo, Zambenedetti (2013), em um estudo sobre as concepções de estigma da Aids para profissionais da saúde de uma ESF, reforça a presença marcante de fortes estigmas como a associação Aids-morte ou também a ideia da existência de uma “cara da Aids”, representada por uma pessoa magra, agonizando em uma cama de hospital. Assim, percebe-se que muitos destes significados, reproduzidos também pelos/as profissionais poderiam ser considerados ao se pensar sobre o entendimento da mulher.

A promiscuidade, o uso de drogas, a homossexualidade e a vivência de um desejo sexual “desenfreado” constituem o imaginário em relação a tais doenças que tendem a ser vistas como afetando os outros. Estes imaginários continuam a funcionar

hoje como aspectos mais enraizados da estigmatização e da discriminação relacionados ao HIV e à AIDS. E é através dessas formas que a estigmatização ligada ao HIV e à AIDS *“se insere em campos mais amplos de poder e estruturas de desigualdade social e estrutural como parte de um processo mais complexo de exclusão social e opressão.”* (PARKER E AGGLETON, 2001, p. 21).

Ao lidar com a possibilidade de infecção por uma DST quando da realização de um TR ou de atendimentos ginecológicos, por exemplo, a mulher pode se ver confrontada com cenários morais recriminatórios que considera distantes de sua realidade ou então sobre os quais não quer ser julgada, levando-a a resistir em abordar ou agir sobre o assunto. Além disso, compreende-se que as gestantes podem ter a plena noção de que o tratamento da sífilis é dolorido e longo e que o mesmo dificultaria seu cotidiano de trabalho, afazeres domésticos e cuidados com a família e os filhos. Nessa direção, como disse uma das enfermeiras: *“Eu acho que tá bem divulgado, porque tem bastante campanha, tem o programa de saúde na escola, a gente faz grupos quando pode... mas no geral eu acho que é bem divulgado”* (Ana). Assim, a completa falta de esclarecimento ou compreensão por parte das gestantes em relação às DSTs não parecia justificar estes relatos que, por outro lado, pareciam sinalizar certo descrédito dos/as profissionais para com a capacidade delas de se cuidarem.

Ao estarem embasadas pelas políticas de saúde e obedecendo aos direcionamentos da gestão visando a melhorar os índices epidemiológicos de TV da sífilis e do HIV, as equipes se inclinavam a serem "resolutivas", no sentido eminentemente pragmático e, talvez, deixando de lado outras dimensões importantes para um cuidado integral e, portanto, efetivo, como a atenção aos condicionamentos de gênero, raça/cor e classe social que, historicamente, permeiam o fenômeno das DST. Desta forma, se priorizava que a gestante comparecesse às consultas, exames ou visitas necessárias ao pré-natal. Mas quando, em algum destes momentos, ela não comparecia ou não atendia às expectativas era como se passasse a ser encarada como alguém irresponsável ou mesmo incapaz de dar seguimento aos cuidados com a sua gestação e com o/a filho/a. A partir daí, eram cercadas pela rede de saúde e os/as profissionais para que estas etapas se cumprissem, sem que as causas que as levaram a manter uma conduta “falha” ou não-aderente fossem consideradas como associadas a sua “incapacidade de cuidados”.

“Sílvia (agente comunitária): A gestante vai ficar em função do posto dois anos, porque é o ano da gestação e o primeiro ano de vida do bebê. Se ela não tiver um bom vínculo com a unidade, vai ser um horror vir aqui todos os meses.

Pesquisadora: E, por exemplo, se faltam as consultas ou exames, o que tu faz?

Sílvia (agente comunitária): Puxo a orelha. [...] as minhas pacientes não costumam faltar muito consulta, mas acontece sim. Tem uma e outra que... eu tinha uma gestante uma época, a Eva, ah meu Deus, eu tinha que ir na casa dela 15 minutos antes da consulta buscar. [...] Ela não era responsável com o bebê, um ano indo atrás do bebê. Mas isso é perfil de cada um.”

Neste caso, é possível identificar que a importância maior residia no comparecimento à consulta de pré-natal, fazendo com que a agente buscasse a gestante em casa. O contexto em que a Eva vivia não era evidenciado, mas sim a sua incapacidade como mãe. Este descrédito reproduzido pelos/as profissionais sugere uma cultura naturalizada da sociedade em que o “ser mulher” é identificado com a maternidade e com a reprodução tanto pelas equipes de saúde quanto para a própria mulher, que tem poucas alternativas de exercer outros papéis e identidades sociais. Para Diniz e Guilhem (2009), isso caracteriza uma vulnerabilidade moral da mulher que implica em uma submissão voluntária a uma prática que não necessariamente condiz com o que ela realmente deseja. Obviamente, realizar o acompanhamento pré-natal é de extrema importância, mas ao levar em conta apenas os aspectos biomédicos, a própria realidade de vida e as necessidades da gestante, que tem que cuidar de si e de um bebê, muitas vezes em contextos desfavoráveis financeira e emocionalmente, é posta em segundo plano. Nesse sentido, a desatenção em relação a esses fatores parece estar relacionada ao descrédito em torno da capacidade da mulher em gerir o próprio cuidado e do bebê. Se de um lado o/a profissional não sabe muito sobre esta realidade de vida da gestante, que inclui o seu trabalho, sua situação familiar e financeira bem como os aspectos dos seus relacionamentos; do outro lado ela não se preocupa em informar, pois aparenta ter preconcebido que a maternidade traz estas obrigações e que ela é quem deve se adaptar.

Seguindo a ideia de vulnerabilidade, Guilhem e Azevedo (2008) apontam que o exercício da maternidade e a adoção do modelo de conjugalidade estável subsidiam um modelo moral de papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres em idade reprodutiva e em relacionamentos fixos (casamento, união estável, monogamia seriada e o namoro prolongado). Assim, elas tornam-se vulneráveis na medida em que, perpassadas por desigualdades de gênero, as relações sociais engendram este papel à mulher. A confiança no companheiro e a sensação de proteção de um relacionamento estável foram aspectos da conjugalidade frequentemente presentes nos relatos dos/as profissionais para justificar as dificuldades das mulheres em aderir a comportamentos de proteção frente às DSTs.

“Eu acho que é muita confiança. A confiança que a mulher tem em ter aquele parceiro único e que nunca ele (marido) vai fazer nada e não vai me passar nada... nenhuma sujeira... ela confia muito e não usa.”
(Fernanda, agente de saúde)

“Tem aquela coisa mesmo de resistência: 'ah eu tenho um parceiro fixo há muito tempo'. As pessoas acham que nunca vão se contaminar, porque é o parceiro delas, só que na verdade não é vinte e quatro horas por dia que tu tá ali com a pessoa. [...] não é só pela gestante, por exemplo, população em geral, as mulheres mais velhas são as que menos acreditam que vão pegar a doença do parceiro. Elas têm uma resistência de tu estar com uma pessoa e desconfiar que ele tem alguma doença [...]. As pessoas acabam confiando naquele parceiro e no início até podem usar preservativo, mas depois eles deixam de usar.” (Ana, enfermeira).

Evidências demonstram que este pensamento não se restringe somente às camadas pobres da população, mas que o tempo de união ou a existência de um parceiro fixo são fatores determinantes para as práticas sexuais inseguras. (BEZERRA et al., 2013; GARCIA E SOUZA, 2012; RODRIGUES et al. 2012). Estes dados identificaram a conjugalidade como garantia de prevenção ao HIV e outras doenças e da representação feminina invulnerável a contrair tais doenças. Ou seja, nesta concepção a segurança e a retirada de uma situação de fragilidade feminina é ter um marido. Guilhem (2008) exemplifica quando refere que a relação afetiva carrega a

certeza de proteção e que esta cria – aparentemente - uma distinção entre mulheres “corretas” e “transgressoras”. Mas ressalta que quando o ponto é o risco de infecção pelo HIV, “*a prostituta aproxima-se da mãe de família, podendo contrair o vírus da mesma forma*”. (GUILHEM, 2008, p. 235).

Azevedo (2005, p. 190), por sua vez, assinala que “*a mulher vive entre limites que tencionam todo o ser humano: o medo da morte, o medo de perder o amor e o medo de causar mal ao filho*”. Nesse contexto, o cenário conjugal acaba sendo o local de maior importância na geração de fragilidades e situações de desigualdade. Enxergamos este sentido em alguns relatos das gestantes que mesmo sabendo do risco que supostamente correm, veem-se impotentes diante da recusa do marido em se testar. É possível que exigir algo do marido possa implicar em estar desconfiando ou imputando a ele algum comportamento reprovável para a visão deles (traição, homossexualismo, promiscuidade anterior ao relacionamento). Assim, ao aceitar fazer o teste o marido pode estar admitindo esta possibilidade e que esta vai em direção contrária ao seu status de provedor do lar, à sua masculinidade e virilidade.

“Pesquisadora: O teu companheiro já fez esse teste?”

Neuza (gestante): Não ele nunca fez. Ele não vem nem amarrado no posto.

Pesquisadora: É? Que que ele diz?

Neuza(gestante): Ele é medroso. Diz que só vai se tiver morrendo.

Pesquisadora: Então ele não fez mesmo nenhum teste?

Neuza(gestante): Não, nem nunca vai fazer”

“Pesquisadora: E teu marido, como é que é... já fez o teste?”

Maria (gestante): Não. Só eu que fiz o do dedinho.

Pesquisadora: E ele já fez alguma vez que tu saiba?

Maria (gestante): Não acho que não.” (Maria, gestante)

Por outro lado, duas gestantes entrevistadas demonstraram preocupação com a sorologia do companheiro, mas isso ainda não é um argumento para que a cobrança em relação ao teste possa ser realizada. O trecho que vem a seguir refere-se a uma das gestantes cujo companheiro encontrava-se preso há três meses na época da entrevista. As profissionais de saúde informaram que estar preso era como que uma garantia de

fidelidade e/ou monogamia para as mulheres, pois seus companheiros estavam “seguros” nesse sentido, ao estarem presos. Deste modo, a preocupação parece muito mais algo do passado do que da época da entrevista e que, aparentemente, não foi amenizada por uma posição de autonomia assumida pela gestante, mas sim pelo fato de que seu companheiro estava preso.

“Pesquisadora: E Clarice me conta, tu teve algum medo do resultado (do TR)?

Clarice (gestante): Muito, muito! Sim né, por causa dele... No começo, ele era bem galinha.” (Clarice, gestante)

Com isso, entende-se que a ausência do companheiro no pré-natal já era algo esperado pelos/as profissionais e pelas gestantes. No entanto, isso não é algo específico do período gestacional, mas perpassa muitas das ações da APS. Estudos apontaram que presença do homem na unidade de saúde era vista como *rara e difícil*, pois estes tendem a procurar os serviços somente quando as morbidades já dificultam as suas atividades diárias e o provimento do lar (PINHEIRO, 2002; FIGUEIREDO, 2005). Diferente das mulheres que são auxiliadas, ativamente buscadas pela equipe de saúde e comparecem ao serviço, os homens, mesmo com a intervenção das agentes de saúde para a marcação de consultas ou exames.

As agentes entrevistadas ainda referiam que o diálogo com os homens era mais difícil, não por que elas não se mostrassem compreensivas com o que ocorria, mas porque havia uma timidez por parte dos homens em abrir as suas situações para as agentes, provavelmente em função do gênero. São mulheres da comunidade falando para os homens, apontando pontos referentes à sua saúde e bem-estar. Os homens possivelmente acreditam que dentre os papéis da mulher como mãe, esposa e cuidadora do lar, o de pessoa com propriedade e referência para tratar dos assuntos de saúde masculina não seja uma identificação dela.

No entanto, os relatos apontaram a presença da dificuldade em abarcar os/as usuários/as tanto por parte do médico da unidade na abordagem com os homens, quanto pelas demais profissionais, com as gestantes. As gestantes e os homens se mostram tão resistentes a ponto de que o/as profissional/is não conseguem contemplar e proporcionar um tratamento de saúde melhor. Do mesmo modo que este/as profissional/is, em posse dos seus conhecimentos de saúde, resistem ao tentar ir de

encontro à compreensão do contexto do homem ou da mulher, reforçando a barreira entre equipe de saúde e paciente.

“Pablo (médico): Eu sempre fico “contento” quando o casal vem para consulta pré-natal. [...] Eu tento fazer com que o homem participe em tudo. Mas sempre tem uma certa resistência.

Pesquisadora: É?

Pablo (médico): Sim. O homem geralmente tem que trabalhar e não pode participar mas eu tento fazer com que eles façam o teste

Pesquisadora: E o que eles te falam?

Pablo (médico): A maioria deles tem uma atitude positiva, mas os que não vem na consulta com a gestante não gosta de fazer nada. Em geral homem não gosta de ir ao médico. A maioria das consultas “é de fêmeas e dos filhos.”

“Eles enrolam né (pra marcar as consultas), dão aquelas cocoirinhas nas costas e dizem que vão vir... que já tinham pensado nisso e a mulher diz que se ele não for ela vai marcar. Elas marcam e eles não vêm. [...] (Fernanda, agente comunitária)

Os/as profissionais do presente estudo, tanto no comitê quanto na APS, identificavam que a mulher era mais contemplada nas ações em saúde do que o homem, porém, não pareciam se interrogar sobre qual era o seu papel na reprodução desta centralidade na mulher. Esta centralidade parece estar atrelada ao seu descrédito moral, quando se trata da autonomia feminina diante da gestação de risco, e/ou cognitivo e psicológico, quando os/as profissionais referem que ela não entende o impacto que as doenças podem trazer à sua vida, e que não consegue negociar com seu parceiro a prática de sexo seguro, por exemplo. Este ponto contribui para manter pouco visível os necessários enlaces entre as políticas em torno da saúde da mulher e do homem. Importante também destacar que a saúde do homem parece se referir, na concepção dos/as profissionais, na ideia normativa de masculinidade heterossexual, sendo que não houve nenhuma referência a outras formas de vivência da sexualidade seja por homens ou mulheres. A referência era sempre o casal heterossexual, sem considerar a sexualidade com o caráter transitório que eventualmente assume nas

parcerias sexuais tanto de homens quanto mulheres em qualquer tipo de relacionamento.

Quando pensamos as relações entre as equipes de saúde vemos que, no caso da unidade em que foi feita a pesquisa, apenas um componente da equipe era homem. E este padrão semelhante se repete em muitas unidades, levando a considerar que o homem teria mais abertura para o diálogo se este fosse realizado com outro homem. No entanto, as dificuldades se mantêm, pois aparentemente paciente e médico continuam a habitar mundos diferentes e sem a criação de encontros ou diálogos, e isso acontece independente de ser mulher ou homem. Ayres (2002; 2004), em seus estudos, traz à reflexão que o processo biomédico tem o seu lugar fundamental nos avanços das demandas em saúde, mas as práticas em saúde devem ser reconstruídas a fim de “*voltar-se à presença do outro; otimizar a interação e enriquecer horizontes*” (AYRES, 2004, p. 87). O autor ainda considera que o importante para a humanização é o diálogo entre as dimensões técnicas e não técnicas interligadas em um processo de permeabilidade onde o *retorno aos fundamentos* (AYRES, 2011) conceituais e metodológicos de diferentes áreas como a psicologia, a antropologia e a sociologia, podem auxiliar na compreensão dos sujeitos com os quais os/as profissionais interagem nas e pelas ações de saúde.

Todavia, os/as profissionais demonstraram dificuldades em visualizar sua participação na reprodução destes comportamentos e papéis fixos de gênero, encarando as ações em saúde como responsabilidades ora de um ora de outro, seja no âmbito do usuário, do profissional ou da gestão. Essa conduta dentro da APS vai de encontro a um processo de produção de subjetividade e controle, mas constitui-se também em um aspecto positivo de que essa produção seja passível de transformação e co-construção em repetidos diálogos e encontros de cuidado e gestão (CAMPOS, 2005). Guizardi e Cavalcanti (2010) ressaltam que a diferenciação entre usuários/as e profissionais pode perpetuar o corporativismo das instituições indo em direção contrária à sua democratização.

Como revela o relato a seguir, embora as profissionais da APS reconhecessem a dominância da mão de obra feminina na saúde, se considerava que a simples inclusão de mais homens na unidade poderia auxiliar a trabalhar aspectos das políticas de saúde do homem em conjunto com a saúde da mulher, o que, como se discutiu, não garante que uma maior "proximidade" com os usuários se estabeleça:

“E também a maioria dos profissionais da área são mulheres. Aqui, por exemplo, nós somos todas mulheres e só tem um homem, um médico. É nossa (da mulher) preocupação se preocupar também com a saúde do homem, então tu vê que o homem não está voltado pra saúde dele mesmo.” (Neuza, técnica de enfermagem)

A referência e a presença do homem nas reuniões do comitê, mesmo que fosse no sentido heteronormativo, também foi pouco discutida. Pôde-se acompanhar discussões em torno da sorologia do parceiro da gestante ou da realização do teste rápido durante a gestação. Os debates em torno de como atingir a saúde dele e que poderiam trazer elucidações nos casos ali discutidos eram raramente trazidos à tona, supostamente pelo caráter emergencial com o qual era encarado o comitê. Frequentemente, e de vários atores diferentes, ouvia-se a retórica convocação: *“tem que testar o parceiro”*. Mas, esta necessidade acabava se perdendo em meio às demais discussões em torno de cada caso, sendo que não se presenciou nenhuma recomendação ou específica relacionada à testagem e ao aconselhamento dos parceiros, ao contrário das muitas orientações e resoluções em torno da atenção a gestante, parturiente e puérpera. Nesse sentido, novamente, ficou reforçada a ideia de que as equipes de saúde não se identificam como reprodutoras das desigualdades e vulnerabilidades que desejam combater.

Em uma das reuniões do Comitê, um caso ilustrou esses impasses. A gestante era HIV negativa no início da gestação. A APS refere que ela tinha dois testes de laboratório negativos e um TR não reagente. Ao realizar o parto foi feito o TR, que resultou indeterminado. Eles solicitaram o exame de carga viral e pediram que a mãe retornasse em 30 dias para acompanhamento no hospital. Enquanto isso a criança foi amamentada por três dias até que houve a suspensão da amamentação. A criança e a mãe chegaram a utilizar ARV depois, mas ambas infelizmente já estavam infectadas. Até então, no hospital, as informações sobre o parceiro eram ignoradas. Eles chegaram à conclusão de que houve uma soroconversão durante o último trimestre da gestação. Alguém questiona sobre o marido e a APS informa que ele fazia tratamento com ARVs e abandonou no início da gestação da esposa. Uma médica de um serviço especializado defendeu que se o serviço especializado tivesse atenção ao marido, se identificasse que ele tinha uma parceira que desconhecia seu diagnóstico, ou

identificasse que ele não estava buscando a medicação, duas infecções poderiam ser evitadas. A médica reforçou que a APS também teve responsabilidade nesta busca e que o foco não deveria ser estritamente na gestante, que as ações deveriam ser rápidas, testando e iniciando o tratamento quando necessário. No entanto, a sua realidade de vida, principalmente a conjugal, de que tanto falamos dente trabalho, foi desconsiderada por todos/as. O discurso da médica chama atenção para a integração entre os serviços que, de um modo tristemente real, têm dificuldades e resulta em falhas como esta.

Na sequência dessa discussão, uma psiquiatra passou a assinalar que a rede funcionava a "passos de formiga" e que deveríamos pensar em prevenção de modo mais efetivo, sugerindo que mulheres em uso pesado de crack deveriam ser esterilizadas, compulsoriamente, por aparentemente não terem capacidade de decidir sobre a sua vida. Ela passou a questionar sobre o nível de escolaridade das gestantes e que a maior parte devia apresentar um déficit cognitivo, como que justificando a necessidade de esterilização. Embora, vários profissionais tenham sido contrários a essas colocações, alternativas não foram levantadas e um momento importante de discussões e resoluções sobre a saúde destas mulheres e crianças foi perdido. Em mais uma oportunidade identificou-se que os/as profissionais não sentem-se implicados nessas situações como se lidassem apenas com os fatos.

CONSIDERAÇÕES

Este artigo buscou compreender como o TR está sendo utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de APS em Porto Alegre, a partir das perspectivas não somente delas, mas também dos/as profissionais da rede de atenção. Procurou-se também investigar como a implementação dessa política era perpassada pelas relações entre as diversas instâncias de gestão, níveis de atenção e com as usuárias, bem como entender como as vulnerabilidades e relações de gênero se mostravam entrelaçados nesse contexto.

De modo geral, o cenário de implementação do TR se mostrou favorável, pois tanto usuárias quanto profissionais o entendiam como uma importante ferramenta na APS. Particularmente, o Comitê da TV mostrou-se como uma iniciativa pioneira no enfrentamento dos altos índices de TV do Estado do Rio Grande do Sul ao promover o diálogo e a mobilização de toda a rede de atenção. Todavia, a implementação do TR

no dia-a-dia da APS e, muitas vezes, em outros espaços da rede como as maternidades, tendia a ser mais uma tecnologia em saúde a ser reproduzida pelos/as profissionais, sendo que foram identificados poucos espaços para reflexões sobre a reprodução de práticas burocratizadas e que pouco dialogam com a realidade das usuárias no sentido de potencializar a integralidade do cuidado e a promoção de sua saúde sexual e reprodutiva.

Foi identificado um trabalho intenso na APS na tentativa de abarcar as novas demandas dessa nova política, apesar das grandes exigências e restrições enfrentadas pela equipe. Apesar disso, as negociações entre a APS, gestores e outros serviços da rede continuavam a carregar certo tom de unilateralidade em que a APS era vista como tendo as maiores fragilidades e que, portanto, precisava se "ajustar". Assim, a corresponsabilização entre usuárias e profissionais, entre os/as profissionais de diferentes serviços e com a gestão na construção de redes de cuidado humanizadas e resolutivas ainda permanece um desafio.

A centralidade do cuidado e, portanto, do controle do corpo da mulher e dos aspectos reprodutivos, ficou patente no trabalho da APS e da rede de atenção, sendo que o TR se soma a programas de saúde e políticas públicas já existentes nesta área e que permanecem tendo dificuldades de atuar na redução das desigualdades sociais e de gênero e na produção da autonomia. Desse modo, o TR era encarado pelas gestantes também como um exame a mais a ser quase que compulsoriamente realizado dentre tantos outros do pré-natal. Ao mesmo tempo, a capacidade da mulher de tomar decisões e agir em benefício do autocuidado e dos/as filhos/as sofria descrédito, o que acaba por reforçar ainda mais a necessidade de controle sobre o seu corpo pelas equipes de saúde.

Todavia, ressaltamos que não encontramos mulheres ignorantes e iletradas neste estudo. Todas elas tinham, aparentemente, a possibilidade de construir argumentos em favor da reflexão diante de qualquer ponto que possa atingir a sua. Apesar das aparentes dificuldades de "entendimento" e das condições desfavoráveis de vida de muitas das mulheres entrevistadas e apresentadas entre os casos do Comitê da TV, entende-se ser urgente a constituição de espaços de atenção e relações de cuidado que incluam os diversos cenários, amorosos, culturais, familiares, e sociais, em que as vulnerabilidades às DSTs se apresentam, sob a pena do fracasso programático das políticas de saúde da mulher. Nesse sentido, o movimento de aceitar as desilusões em relação às crenças e valores da moralidade dominante implica em

assumir a possibilidade de infidelidade, o caráter eventualmente vazio que o amor assume, a ilusão do ideal conjugal e, conseqüentemente, a possível infecção por DSTs exige esforço conjunto de profissionais e usuárias sendo essencial para a promoção da saúde.

Ao final desse estudo, é preciso considerar algumas limitações. Por exemplo, um maior esforço de observação e entrevistas que incluíssem a perspectiva dos companheiros das gestantes poderiam acrescentar uma ideia melhor sobre as fragilidades e cruzamentos das políticas e ações em torno da saúde do homem e do pré-natal. Ainda, a inclusão de outras unidades de APS, como características diferentes, poderia enriquecer os achados.

Apoiados nos relatos e nas observações deste estudo, podemos nos permitir enxergar as nossas fragilidades enquanto atores (gestores, profissionais e usuários/as) que formam parte de um processo tão amplo no combate à TV. Acredita-se que a busca pelo diálogo interpessoal baseado na autorreflexão e na corresponsabilidade, ao longo de toda a hierarquização que existe no sistema de saúde, poderá contribuir amplamente para a melhoria das estratégias de saúde e da vida das pessoas, com mais empoderamento, menos desigualdades e bem-estar.

NOTA

¹Inicialmente pensou-se a análise do Teste Rápido para detecção exclusivamente do HIV. Contudo, ao longo das reuniões do comitê e da inserção no campo de pesquisa fomos identificando que para as equipes de saúde o TR nunca é realizado exclusivamente para HIV, mas também para Sífilis e Hepatites B e C. Sendo assim, quando tratamos de teste rápido neste artigo nos referimos a estes testes anteriores e não somente ao HIV.

REFERÊNCIAS

- ANÉAS, T. D. V.; AYRES, J. R. C. D. M. Significados e sentidos das práticas de saúde: a ontologia fundamental e a reconstrução do cuidado em saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 15, p. 651-662, 2011.
- AYRES, J. R. D. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 8, p. 73-92, 2004.

AYRES, J. R. D. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, p. 16-29, 2004.

AZEVEDO, Anamaria F.; GUILHEM, Dirce. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/Aids. *DST J Bras Doenças Sex Transm*, v. 17, n. 3, p. 189-96, 2005.

BRASIL. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Saraiva, 2000.

CAMPOS, G. Um método para análise e co-gestão de coletivos. In: (Ed.). 2(ed). SP: Hucitec, 2005. p.236.

_____. Ministério da Saúde. HIV/Aids, hepatites e outras DST. Caderno de Atenção Básica no. 18. Brasília, 2006. Disponível: http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd18.pdf Acesso em: 11 nov 2013

_____. Secretaria Executiva/Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Política Nacional de Humanização - HumanizaSUS: documento básico para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília, 2004. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/04_Cartilha_HumanizaSUS.pdf> Acesso em: 11 nov. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria Nº 34, de 28 de julho de 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Plano operacional de para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil. Ministério da Saúde, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. saúde pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?; Primary healthcare and the construction of thematic health networks: what role can they play?. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

COELHO, Márcia Oliveira; JORGE, Maria Salete Bessa. Tecnologia das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Cienc saúde coletiva*, v. 14, n. 1, p. 1523-31, 2009.

- CUNHA, Gustavo Tenório; DE SOUZA CAMPOS, Gastão Wagner. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. *Revista ORG & DEMO*, v. 11, n. 1, p. 31-46, 2010.
- FIGUEIREDO, Wagner. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc saúde coletiva*, v. 10, n. 1, p. 105-9, 2005.
- FLICK, Uwe. Uma introdução à pesquisa qualitativa. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- FOUCAULT, Michel; MOTTA, Manoel Barros da. Estratégia, poder-saber. *Forense Universitária*, 2010.
- FOUCAULT, Michel. Segurança, território, população: curso dado no Collège de France (1977-1978). Martins Fontes, 2008.
- _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- GUILHEM D. Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids. Brasília: Editora da UnB; Finatec; 2005.
- GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Anamaria Ferreira. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da aids. *Revista Bioética*, v. 16, n. 2, 2009.
- GUIZARDI, Francini Lube; CAVALCANTI, Felipe de Oliveira Lopes. O conceito de cogestão em saúde: reflexões sobre a produção de democracia institucional; The concept of co-management of health institutions: reflections on the production of institutional democracy. *Physis (Rio J.)*, v. 20, n. 4, p. 1245-1265, 2010.
- IÑIGUEZ, Lupicínio. Manual de análise do discurso em ciências sociais. Petrópolis: Vozes, 2004.
- MACHIN, Rosana et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária Concepts of gender, masculinity and healthcare: a study of primary healthcare professionals. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 11, p. 4503-4512, 2011.
- MAINGUENEAU, Dominique. Termos-chave da análise do discurso. Tradução de Márcio V. Barbosa e Maria E. A. T. Lima. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- NEMES, Maria Ines Battistella et al. Avaliação da qualidade da assistência no programa de AIDS: questões para a investigação em serviços de saúde no Brasil Evaluating quality of care in an AIDS program: health services research issues in Brazil. *Cad. saúde pública*, v. 20, n. Sup 2, p. S310-S321, 2004.
- OLIVEIRA, Luiz Carlos et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel?. *Ciência& Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.

- OLIVEIRA, Regiani Nunes; TAKAHASHI, Renata Ferreira. As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes. *Saúde Coletiva*, v. 8, n. 54, p. 234-238, 2011.
- PAIM, J. S. O que é o SUS. Fiocruz, 2009.
- PINHEIRO, Rejane Sobrino et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 7, n. 4, p. 687-707, 2002.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Nota Técnica nº 01/2014.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Portaria nº 289 de 14 de março de 2012.
- SCOTT, Joan. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação e realidade*, v. 20, n. 2, 1995, p. 71-99.
- SILVA, Onã; GUILHEM, Dirce; BAMPI, Luciana Neves da Silva. Trinta minutos que mudam a vida: Teste Rápido Anti-HIV Diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. *Enfermagem em Foco*, v. 3, n. 4, 2012.
- VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria Nazareth. Pesquisa qualitativa em saúde. Porto Alegre: Tomo Ed., 2000. YIN, R.K. Estudo de Caso: Planejamento e Métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman. 2001