

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV E SÍFILIS NA REDE
CEGONHA, EM PORTO ALEGRE (RS): AVALIAÇÃO A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE E GESTANTES**

REJANE ROSARIA GRECCO DOS SANTOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Porto Alegre

Março, 2016

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV E SÍFILIS NA REDE
CEGONHA, EM PORTO ALEGRE (RS): AVALIAÇÃO A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE E GESTANTES**

REJANE ROSARIA GRECCO DOS SANTOS

ORIENTADORA: Prof^a Dra. Kátia Bones Rocha

Dissertação de Mestrado realizada no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia Social.

**Porto Alegre
Março, 2016**

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

S237i Santos, Rejane Rosaria Grecco dos
Implantação do teste rápido de HIV e sífilis na rede cegonha, em
Porto Alegre (RS): avaliação a partir da percepção dos profissionais da
atenção primária em saúde e gestantes / Rejane Rosaria Grecco dos
Santos. — 2016.

31 f.

Diss. (Mestrado) – Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-
Graduação em Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, 2016.

Orientador: Profa. Dra. Kátia Bones Rocha.

1. Psicologia Social. 2. Profissionais da Saúde – Pesquisa
Qualitativa. 3. Gestantes – Pesquisa Qualitativa. 4. HIV – Diagnóstico
– Testes Rápidos. 5. Sífilis – Diagnóstico – Testes Rápidos. 6. Rede
Cegonha – Porto Alegre (RS). 8. Atenção Primária em Saúde -
Políticas Públicas. I. Rocha, Kátia Bones. II. Título.

CDD: 301.1

Alessandra Pinto Fagundes
Bibliotecária
CRB10/1244

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
MESTRADO EM PSICOLOGIA

**IMPLANTAÇÃO DO TESTE RÁPIDO DE HIV E SÍFILIS NA REDE
CEGONHA, EM PORTO ALEGRE (RS): AVALIAÇÃO A PARTIR DA
PERCEPÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM
SAÚDE E GESTANTES**

REJANE ROSARIA GRECCO DOS SANTOS

COMISSÃO EXAMINADORA:

Profª Drª KÁTIA BONES ROCHA
Presidente

Profª Drª TONANTZIN RIBEIRO GONÇALVES
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Profª Drª Mariana Moreira
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

**Porto Alegre
Março, 2016**

DEDICATÓRIA

A minha avó Maria do Rosário (*in memoriam*) e a minha mãe, pelo apoio constante, pelo amor inigualável, pelo sonho compartilhado e tantos outros sentimentos que as palavras nunca irão alcançar.

AGRADECIMENTOS

À Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, em especial, às Professoras Mônica Medeiros Kother Macedo e Mariana de Medeiros e Albuquerque Barcinski, pela dedicação e ensinamentos disponibilizados nas aulas, cada uma, de uma forma especial, contribuiu para a conclusão desse trabalho e, conseqüentemente, para minha formação profissional.

A Deus, pela bênção de viver.

A minha família, pelo apoio e amor incondicional, sempre, pelo exemplo de dedicação e carinho em tudo que fazem, em especial, a minha mãe, Zolamar, e as minhas tias Maria das Graças e Denamar.

A meu querido pai (*in memoriam*).

A minha irmã Rita, pelas palavras, pelos estímulos e exemplos de dedicação e empenho em tudo que faz e pela profissional competente e comprometida que é.

A minha sobrinha Maria Fernanda, que traz tanta luz e gosto para minha vida, um amor especial.

À minha grande amiga Karen Nunes Montes D'Oca, que sempre me incentivou.

Agradeço ao Grupo de Pesquisa Psicologia, Saúde e Comunidades. Agradeço muito à coordenadora do grupo e minha orientadora, Profa. Kátia Bones Rocha, cujas sabedoria, criatividade e motivação têm fomentado e cativado meu desejo e gosto pela ciência. A Profa. Kátia tem sido uma amiga e um grande modelo de pesquisadora para mim. Agradeço muito, também, ao Prof. Adolfo Pizzinato, pela valiosa contribuição ao estudo.

A todos os membros da Banca, meus respeitosos agradecimentos, pela contribuição inestimável.

Finalizo meus agradecimentos com um, mais do que especial, à minha colega e amiga Larissa Dalcin, pela amizade e pelo companheirismo durante a realização do mestrado, ur grande amiga que eu levo para a vida toda. Assim, fica aqui o registro e o reconhecimento pela inestimável ajuda concedida por essa colega que se tornou uma grande amiga!

Toda a minha gratidão a todos que fizeram parte desta pesquisa, seja como

participante, colaborador. Agradeço por todos os momentos compartilhados, pela confiança depositada e pelo apoio para o meu desenvolvimento enquanto pesquisadora, psicóloga e pessoa.

Por fim, agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pelo fornecimento da bolsa de estudo, essencial para a dedicação a esta pesquisa.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo geral compreender como os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde e as gestantes avaliam a implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha, em Porto Alegre/RS. Tratou-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória realizada nas unidades básicas de saúde das oito gerências distritais de Porto Alegre. A coleta de dados foi realizada mediante entrevistas semiestruturadas, nas quais participaram 13 profissionais e 16 gestantes. Os resultados foram analisados a partir da análise de conteúdo temática, utilizando o *software* Atlas ti. Esta pesquisa se desdobrou em dois estudos empíricos que constituem o corpo da dissertação. O primeiro estudo se focalizou na avaliação que os profissionais da atenção primária em saúde fazem sobre a implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha, no município de Porto Alegre/RS. Nesse estudo se destacaram como principais resultados a falta de apropriação em relação à política, a falta de infraestrutura dos serviços, a descontinuidade das capacitações e matriciamento, a solicitação do teste, a dificuldade dos profissionais falarem sobre sexualidade ou práticas sexuais, o aconselhamento como um imprescindível instrumento na realização do teste rápido, a importância da participação dos parceiros no pré-natal e na realização do Teste Rápido de HIV e o uso do preservativo. O segundo estudo avaliou a percepção que as gestantes usuárias da atenção primária em saúde fazem sobre o Teste Rápido de HIV e Sífilis e o aconselhamento na Rede Cegonha, no município de Porto Alegre/RS. Os principais resultados deste estudo se deram a partir dos discursos que destacaram a importância de o profissional esclarecer aos usuários a confiabilidade da técnica de teste rápido e aconselhamento. A análise das entrevistas, também, mostrou que algumas entrevistadas receberam o aconselhamento e valoram-no de forma positiva, enquanto outras não o receberam. Além disso, algumas apontaram que o aconselhamento parecia estar restrito somente ao pré-teste. A partir das falas das gestantes, pôde-se observar mecanismos de poder pelos profissionais que comprometem a autonomia das mulheres. Em relação ao uso do preservativo, a confiança no parceiro foi outro fator que apareceu associado ao seu não uso. O uso do preservativo no período gestacional, também, foi associado a uma ideia de cuidado maior com o bebê, em detrimento ao cuidado com a própria saúde. Para concluir, nas falas, revelou-se a importância do diálogo entre profissionais e usuárias e a participação dos parceiros no pré-natal.

Palavras-Chaves: Rede Cegonha. HIV/Aids. Teste Rápido de HIV. Aconselhamento. Gestantes. Políticas públicas.

Área conforme classificação CNPq: 7.07.00.00-1 - Psicologia

Subárea conforme classificação CNPq: 7.07.05.00– 3 – Psicologia Social

ABSTRACT

The present dissertation has a general objective to understand how health care professionals working at the primary health care and how the pregnant women users of this service evaluate the implementation of the rapid HIV and syphilis test in the Stork Network *Stork Network (Brazilian Federal Health Project at the Primary Care System)* in Porto Alegre, RS. This is a qualitative, descriptive and exploratory research conducted in basic health units of the eight administration districts of Porto Alegre. Data were collected through semi-structured interviews, in which 13 health professionals and 16 pregnant women participated. The results were analysed through the thematic content analysis, using the Atlas ti software. The research unfolded in two empirical studies that constituted the body of this dissertation. The first study describes the evaluation that the primary health care professionals perform during the implementation of the rapid HIV and syphilis tests in the Stork Network, in the city of Porto Alegre, RS. In this study, the key results were lack of assumption in respect to the health system policies, lack of infrastructure of the health services, discontinuity of the capacitation and matrix support, the test demand, difficulty of the health care professionals to speak about sexuality and sexual practices, counselling as an essential instrument during the performance of the rapid test, the importance of the participation of the partners during the prenatal care, the rapid HIV testing, and the use of condom. The second study covers the perception of the pregnant women, who are users of the primary health care, about the rapid HIV and syphilis tests, and about the counselling received in the Stork Network, in the city Porto Alegre, RS. The main results of this study observed from the speeches of the pregnant women are the importance of the health professional in explaining the users of the service about the reliability of the test and the counselling. In addition, the analysis of the interviews showed that some pregnant women received counselling and provided positive value about it, while others did not receive the counselling. Furthermore, some women pointed out that the counselling seemed to be restricted only to the pre-test. Power mechanisms of the health professionals that compromise the autonomy of women could be observed from the speeches of the pregnant women. In relation to the use of condoms, confidence in the partner was another factor that appeared to be associated with the non-use of condoms. Condom use during the gestational period also appeared linked to an idea of greater care with the baby, over the care of the mother. In conclusion, the importance of dialogue between professionals and users and the participation of partners in prenatal care could be observed through the speeches of the pregnant women.

Key-words: *Stork Network*. HIV/aids; HIV rapid test counselling; pregnant women; Public policies.

Area, as per CNPq classification: 7.07.00.00-1 – Psychology

Sub-area, as per CNPq classification: 7.07.05.00 – 3 – Social Psychology.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	3
AGRADECIMENTOS.....	4
RESUMO	6
ABSTRACT	8
SUMÁRIO	9
1.APRESENTAÇÃO.....	10
1.1 ESTIGMA E PRECONCEITO ASSOCIADO AO HIV/AIDS	10
1.2 A EPIDEMIA DO HIV/AIDS E A FEMINILIZAÇÃO DA EPIDEMIA	12
1.3 BIOÉTICA FEMINISTA.....	13
1.4 TESTAGEM RÁPIDA E ACONSELHAMENTO – DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (AP) e REDE CEGONHA	17
2.CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	29

1. APRESENTAÇÃO

A presente dissertação, “Implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha, em Porto Alegre (RS): avaliação a partir da percepção dos profissionais da atenção primária em saúde e gestantes”, é apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, na área de concentração em Psicologia Social. Este estudo integra um projeto intitulado “Avaliação do processo de implantação da Política de Descentralização do Teste Rápido de HIV na Atenção Primária, a partir da percepção de matriciadores, profissionais e usuários” do grupo de pesquisa “Psicologia, Saúde e Comunidades”, coordenado pela Prof.^a Dr.^a Kátia Bones Rocha, docente do programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Trata, prioritariamente, de avaliar qualitativamente a implantação do aconselhamento e teste rápido para diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis nos exames pré-natais da atenção primária em saúde de Porto Alegre. Portanto, além de introduzir os artigos que apresentam os resultados dos estudos que compõem esta dissertação, faz-se necessária uma maior contextualização das discussões sobre o impacto potencial dessa estratégia de avaliação diagnóstica para as ações de atenção pré-natal e puerperal.

A seguir será apresentada uma revisão de literatura sobre o estigma e o preconceito associado ao HIV, posteriormente, discutir-se-á a epidemia do HIV/Aids e a feminilização desta, bem como as contribuições da bioética feminista para o tema. A última parte desta apresentação discorrerá sobre o aconselhamento e o Teste Rápido do HIV no pré-natal, destacando as dificuldades e potencialidades dessa implementação na Rede Cegonha.

1.1 ESTIGMA E PRECONCEITO ASSOCIADO AO HIV/AIDS

No início da década de 1980, de acordo com Carvalho e Paes (2011), ainda não se conhecia o agente etiológico e as formas de transmissão do HIV/Aids, mas o estigma e a discriminação referentes à Aids se manifestaram de várias formas e reforçavam a ideia de que a doença seria uma espécie de castigo divino contra pessoas cujo comportamento sexual não condizia com os dogmas cristãos. Assim, além de sofrerem com os danos físicos acarretados pelo HIV e as doenças oportunistas, as pessoas com

Aids tiveram de enfrentar a culpabilização individual pela infecção e o forte preconceito e a rejeição por parte da sociedade.

De acordo com Barbará, Sachetti, e Crepaldi (2005), a transmissão pela via sexual do HIV fez com que a doença fosse considerada a partir de uma perspectiva moralista, em que os infectados eram excluídos e estigmatizados. Uma doença com tal conotação só poderia ter fomentado um padrão de preconceito elevado, principalmente para profissionais do sexo, HSH e transexuais. Com a doença do corpo, as pessoas vivendo com HIV, ainda, sentiram-se excluídas do convívio público. Além do preconceito, o sexo passou a ser visto como ameaçador, e o moralismo se acentuou, pois se percebia a continuidade da humanidade ameaçada pelo caráter epidêmico da Aids (Barbará, Sachetti & Crepaldi 2005).

Nesse contexto, definir os grupos sociais por sua relação com a infecção pelo HIV trouxe a concepção polarizada de que haveria culpados e vítimas no tocante à epidemia da Aids (Guilhem & Azevedo, 2008). Os culpados eram os indivíduos que, por opção pessoal, transitavam em um universo de comportamentos marcados pelo estigma da transgressão, violação e infração de normas morais estabelecidas. Para esses, a doença seria o castigo decorrente de sua postura moral. Já as vítimas eram pessoas arbitrariamente condenadas à morte, cuja representação era associada à condição resultante de sua fragilidade física ou de sua submissão aos padrões morais e culturais a que estavam expostas, receberam com isso certo grau de benevolência por parte da sociedade (Guilhem & Azevedo, 2008).

Essa divisão é decorrente das formas consideradas ilegítimas e legítimas de se contrair o HIV. As maneiras ilegítimas de adoecer seriam aquelas experimentadas por pessoas cujo comportamento não é tolerado pela moralidade sexual e conjugal dominante. Já na forma legítima estariam mulheres com parceiros fixos, crianças infectadas por suas mães (Guilhem & Azevedo, 2008).

Em relação à Aids, Garcia e Koyama (2008) afirmam que a estigmatização acompanhou o surgimento dos primeiros casos da infecção a partir da sua associação a grupos específicos mais afetados no início da epidemia, como homens que faziam sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis e trabalhadores do sexo. Barbará, Sachetti e Crepaldi (2005) explicam ainda que a suposta seletividade da doença para com um determinado grupo ou modelo de vida criou uma primeira representação para o fenômeno: na homossexualidade, poderia estar sua origem, o que tornava os HSH uma população considerada, na terminologia epidemiológica, “de risco”. O uso da expressão

“grupo de risco”, embora comum no âmbito da epidemiologia, marcaria de forma indelével a construção social e histórica da Aids.

Segundo Ayres (2009), em substituição ao conceito grupos de risco, surge a noção de comportamento de risco, com isso, visando-se desestigmatizar e estimular o comportamento preventivo. E tal estratégia criou a culpabilização individual, que, então, passou a ser pautada na noção de vulnerabilidade. A vulnerabilidade está associada a fatores individuais, sociais e programáticos. A vulnerabilidade individual é relacionada com os fatores biológicos, comportamentais e psicológicos que interferem na adoção de medidas preventivas; por sua vez, a vulnerabilidade social é constituída pela rede de interações sociais e pelos determinantes demográficos que protegem ou expõem os indivíduos e os grupos à infecção pelo HIV; e, por fim, a vulnerabilidade programática diz respeito aos serviços, insumos disponibilizados para a população por meio de políticas públicas.

A epidemia da Aids, de acordo com Rocha, Vieira e Lyra (2013), segue como um importante paradigma para analisarem-se as desigualdades sociais, econômicas, de gênero, raça e a vivência da sexualidade. Os dados epidemiológicos, de acordo com Rocha, Vieira e Lyra (2013), apontam ainda para o que pesquisadores conceituaram como feminilização, interiorização e pauperização da epidemia.

1.2 A EPIDEMIA DO HIV/AIDS E A FEMINILIZAÇÃO DA EPIDEMIA

De 2000 até junho de 2015, no Brasil, foram notificadas 92.210 gestantes infectadas com o HIV, 40,5% na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul 30,8%, Nordeste 15,8%, Norte 7,1% e Centro-Oeste 5,7%. Em 2014, foram identificadas 7.668 gestantes no Brasil, sendo 35,1% na região Sudeste; 28,1% na região Sul; 20,0% na região Nordeste; 11,2% na região Norte; e 5,5% na região Centro-Oeste.

A taxa de detecção de gestantes com HIV, no Brasil, vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2005, a taxa observada foi de 2,0 casos para cada mil nascidos vivos, que passou para 2,6 em 2014, indicando um aumento. A tendência de crescimento, também, é observada entre as regiões do país, exceto na região Sudeste, que ficou estável, com taxa de 2,3 casos para cada mil nascidos vivos em 2005 e em 2014. O aumento foi maior na região Norte, 211,1%, que apresentava uma taxa de 0,9 em 2005, passando para 2,8 em 2014. Em 2014, a região Sul apresentou

a maior taxa de detecção entre as regiões, sendo aproximadamente 2,1 vezes maior que a taxa nacional (Brasil, 2015).

A feminilização da Aids é um dos reflexos do comportamento sexual da população associado a aspectos de vulnerabilidade biológica e de gênero. As faixas etárias que concentram os maiores percentuais de casos de Aids em mulheres são as de 25 a 29 anos, ou seja, elas são atingidas em plena idade reprodutiva. Entre os estados, cinco apresentam taxa de detecção de HIV em gestantes superior à taxa nacional em 2014: Rio Grande do Sul, com 8,8 casos para cada mil nascidos vivos; Santa Catarina, 5,8; Rio de Janeiro, 4,0; Amazonas, 3,8; e Pará, 2,7. Desses estados, Amazonas, Pará, Amapá e Rio de Janeiro apresentam tendência de aumento nas taxas de detecção nos últimos dez anos. Porto Alegre é a capital com a maior taxa em 2014, com 19,6 casos para cada mil nascidos vivos, sendo 7,5 vezes maior que a taxa nacional e o dobro da taxa do seu estado, segundo dados do Ministério da Saúde (2015).

O crescimento da epidemia da Aids entre as mulheres destaca a necessidade de estratégias de acesso ao diagnóstico de HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis (IST) durante o pré-natal. A infecção pelo HIV e pela sífilis pode resultar em graves consequências para a saúde da criança, quando transmitidas da gestante para o feto durante a gestação e o parto ou durante a amamentação. Ambas são consideradas causas de óbito evitável, pois existem intervenções efetivas para a prevenção da transmissão vertical, baseadas no diagnóstico precoce da infecção. A assistência ao pré-natal é uma oportunidade importante de diagnóstico dessas infecções, visto que propicia tanto a prevenção da transmissão vertical (TV) dessas doenças quanto o acesso das gestantes e seus parceiros às práticas assistenciais disponíveis, com redução da morbimortalidade por esses agravos (Domingues, Hartz, & Leal, 2012).

1.3 BIOÉTICA FEMINISTA

Ao pensar a saúde da mulher, o referencial teórico da bioética de perspectiva feminista oferece um campo de discussão, principalmente calcado sobre o apagamento das formas de abuso de poder sustentadas por ideias universalistas de "sujeito da saúde". Surge a questão, portanto, da necessidade de situar, de forma crítica, a relação ética dos profissionais da saúde em suas intervenções e de alertar para alteridades desconsideradas no fazer em saúde. Esse campo de conhecimento figura com intensa possibilidade de explorar formas de reconhecimento do "outro" e de promover

transformações nas intervenções. Entretanto cabe sempre uma contextualização deste campo do saber, visto que ele não é estático, está historicamente situado e faz-se presente justamente na discussão acirrada sobre discursos que equivalem saúde a controle e repressão.

Formalmente, de acordo com Diniz e Guilhem (2009), a bioética de inspiração feminista surgiu no início dos anos de 1990, quando começaram a ser publicados os primeiros ensaios e pesquisas sobre o tema, muito embora as reflexões sobre ética feminista existam desde os anos de 1960. A proposta inicial da bioética feminista não se restringia aos estudos feministas no campo da ética aplicada, ou seja, não visava apenas à incorporação do feminismo às ideias bioéticas imperantes. Mas, sim, levavam à reflexão acerca das atribuições de gênero envolvidas e no que concerne ao cuidado – um fazer circunscrito no campo do feminino.

No que se refere à perspectiva bioética no Brasil, vemos que foi marcada sob o pressuposto da Teoria Principlista, apontando para soluções de dilemas morais em quatro bases: autonomia, justiça, beneficência e não maleficência. Surge tendo como preocupação geral a reflexão, elaboração e recomendação de normas e comportamentos aceitos na sociedade. No entanto nota-se que não eram levados em conta os diferentes grupos, culturas e sociedades. Segundo Diniz e Vélez (1998), a noção principlista influenciou fortemente o Brasil, de modo que ainda grande parte das bioeticistas se referem a ela como sendo a Teoria Bioética. Apesar do descompasso com questões contemporâneas em relação ao contexto da saúde, conforme as autoras, o maior mérito de tal perspectiva foi a sua capacidade de organizar e pautar dilemas morais articulados às problemáticas de gênero, principalmente ao apresentar-lhes possibilidades de soluções que sejam acessíveis a um grande público.

Apesar de as teorias bioéticas terem pretensa amplitude social, não podemos esquecer que elas operam de forma local. As teorias principlistas, por exemplo, possuem fortes referências norte-americanas, ou seja, seu contexto são de pessoas brancas, de classe média e culturalmente dominantes, e o resultado disso é que, muitas vezes, elas não são adequadas à realidade brasileira (Diniz & Vélez, 1998). Para Diniz e Guilhem (2009), a bioética lida com problemáticas que sempre existiram, pautaram continuam pautando a história da humanidade, em se tratando de um assunto transdisciplinar, dedicado ao estudo do conflito moral na área da saúde e doença.

De acordo com os estudos de ética em saúde que se coadunam às críticas provenientes dos estudos de gênero, a bioética de perspectiva feminista se aproxima de reflexões sobre relações de poder, dando subsídio para compreensão de formas de assimetria relacional nos espaços de promoção de saúde. Trata-se de um campo de conhecimento interdisciplinar cujo foco está nos conflitos morais em saúde – e cujas aproximações teóricas com os estudos de gênero se dão pela via de temáticas como desigualdades sociais, vulnerabilidade, sexualidade e reprodução (Diniz, 2009). Se os estudos de gênero compreendem a necessidade de desnaturalizar prescrições sob o corpo em relação aos significados sociais atribuídos à sua existência, por meio da bioética feminista, essas discussões tomam a dimensão das intervenções em saúde dando subsídio para a compreensão do gênero como um aspecto fundamental para a interpretação do próprio conceito de saúde e suas ramificações.

A força de uma bioética de inspiração feminista concentrou-se no olhar crítico frente às desigualdades sociais, em especial, a assimetria de gênero, como um agente potencial de provocação dos pressupostos universalistas e abstratos da bioética principialista. Como derivada dessa crítica, a autonomia assume papel central na prática reflexiva das bioeticistas. A tarefa, portanto, é de analisar, discutir e desenvolver mecanismos de intervenção perante todos os tipos de desigualdade que existem socialmente (Diniz & Guilhem, 2009). Neste sentido, contempla uma perspectiva crítica acerca do que se considera legítimo e ilegítimo no campo da saúde, dessa forma, resgatando uma reflexão sobre empoderamento e autonomia.

Se, por um lado, uma noção higienista, calcada pela desvalorização de aspectos subjetivos e generificação de necessidades, ainda é presente na memória do que se compõe como saúde; por outro lado, uma perspectiva integral se faz cada vez mais emergente. Na noção integral de saúde, consideram-se tanto fatores biológicos como determinantes sociais, atentando que estes causam um grande impacto na saúde individual e coletiva. É nessa perspectiva de saúde que o gênero é tomado como determinante, pois fala sobre vivências que circunscrevem mulheres em vulnerabilidades. Além de considerar que a saúde integral exige que se pense a interação entre os diversos marcadores sociais relacionados, é necessário atentar para que se abandonem modelos de intervenção de perspectiva biomédica (Leitão, 2015).

A disparidade entre as discussões de gênero e o que se documenta nos atendimentos em saúde fica mais evidente se pensarmos em algumas temáticas

relativamente emergentes, como é o caso do corpo parturiente. Entretanto a perspectiva de saúde higienista sustenta abordagens, políticas e programas calcados numa perspectiva de saúde reprodutiva que perpetua uma visão ultrapassada.

Os princípios bioéticos da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça são ferramentas analíticas dessa situação, mas a complexidade que circunda o diagnóstico e o possível resultado positivo transcende a linearidade analítica. Verifica-se que faltam introduzir, nesse cenário, outros conceitos e teorias, com isso, ampliando a discussão sobre desigualdade social e moral vivenciada pelas mulheres. A vulnerabilidade da gestante é um dos elementos que contribuem para a autonomia diminuída. Os profissionais de saúde precisam ampliar a reflexão sobre essa situação, assim, evitando abuso de poder e hierarquização da relação profissional-gestante, é preciso garantir que as mulheres tenham seus direitos respeitados (Silva, Guilhem, & Bampi, 2012).

O exercício de poder higienista, baseado num consenso de autoridade e numa visão bastante restrita de qual seria o significado do termo saúde, nega a subjetividade e o cuidado como princípios. Nesse sentido, para Schraiber (2008), os esquemas de violência institucional, também, são estabelecidos por um contexto de crise de confiança na área da promoção em saúde de uma forma geral, de modo que trata-se de formas sintomáticas de despersonalização do cuidado e da desvalorização do acolhimento em função do uso de tecnologias – transformando a paciente em, principalmente, um objeto de intervenção.

Merhy (2002) destaca os conceitos de tecnologia dura e tecnologia leve-dura. Nessa perspectiva, compreendendo o uso de tecnologias não como uma faceta única e associada simplesmente ao maquinário (tecnologia dura), mas, sim, como um campo complexo de fazer que envolve, também, as teorias utilizadas na formação e interpretação em saúde por profissionais (tecnologia leve-dura) e as relações interpessoais que suprem as necessidades do usuário em saúde (tecnologia leve), pois nos deparamos com um panorama complexo (Merhy, 2002). O uso da tecnologia dura, como principal forma de interação, evidencia uma comunicação e troca afetiva precárias entre profissionais da saúde e gestantes de modo que se opera uma negação da subjetividade das gestantes.

Silva, Guilhem e Bampi (2012) afirmam que a realização do teste de HIV, acompanhado de aconselhamento durante o pré-natal, representa uma importante estratégia de cuidados e minimiza a vulnerabilidade que envolve a gestante e a criança. A escuta qualificada facilita o vínculo entre a equipe de saúde e a mulher. Trata-se de momento ímpar para identificar e minimizar conflitos e situações que ocasionam fragilidades. O profissional pode avaliar vulnerabilidades relacionadas ao HIV a outras esferas da vida da gestante, como a possibilidade de contrair infecções e a preparação para o diagnóstico. Assim, podem ser incluídas medidas preventivas relacionadas aos parceiros sexuais.

1.4 TESTAGEM RÁPIDA E ACONSELHAMENTO – DIFICULDADES, POTENCIALIDADES E DESAFIOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA (AP) e REDE CEGONHA

Cabe destacar que o aconselhamento e o Teste Rápido de HIV, Sífilis e Hepatite vêm sendo realizados na atenção primária como parte do pré-natal das gestantes. Starfield (2002) define a Atenção Primária à Saúde (APS) como a porta de entrada do sistema de saúde, que deve receber todas as novas necessidades e problemas, fornecendo atenção sobre a pessoa, não direcionada para a enfermidade. É o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer as necessidades de saúde, referenciando somente os casos muito incomuns e que exigem atuação mais especializada.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), de acordo com Giovanella e colaboradores (2009), foi implementada com o objetivo de reverter o modelo assistencial centrado na doença, assim, dando ênfase para a atenção primária à saúde e estimulando o desenvolvimento de ações preventivas. A ESF possui enorme potencial para expandir a promoção da saúde sexual e reprodutiva de mulheres e homens no Brasil por sua significativa capilaridade e possibilidade de ampliação da cobertura. Há de se assinalar que há maior resolutividade nas políticas quando existe integração com a ESF, em particular, com os agentes comunitários de saúde (ACS), posto que a capilaridade dos serviços de saúde facilita a difusão de iniciativas.

A partir da forma como os serviços de saúde se organizam, o pré-natal das gestantes deve ser realizado na atenção primária. Costa e colaboradores (2010) referem que o pré-natal deve ser organizado para atender às necessidades das gestantes por meio

da utilização de conhecimentos técnico-científicos e recursos adequados e disponíveis para cada caso. A gestação é, reconhecidamente, um dos determinantes do estado de saúde da mulher, sendo, em algumas situações, o único momento de contato que a mulher em idade reprodutiva terá com os serviços de saúde, tratando-se de uma grande oportunidade para uma assistência direcionada à promoção da saúde, orientação e rastreamento de enfermidades. A Atenção Primária (AP) é um espaço privilegiado para intervenções com alto impacto nos indicadores de saúde, e as ações programáticas têm contribuído para importantes avanços na saúde materno-infantil (Lemos, 2014).

O pré-natal deve ser realizado na Rede Básica de Saúde em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e na Estratégia Saúde da Família (ESF), com captação precoce da gestante e qualificação da atenção, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação de risco e vulnerabilidade. O diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e outras ISTs no início da gestação possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão do HIV e na eliminação da sífilis congênita, bem como na redução da mortalidade materna e infantil. Sob tal perspectiva, verifica-se a necessidade das equipes de Atenção Primária em realizarem os testes rápidos para o diagnóstico de HIV e para a triagem da sífilis no âmbito da atenção pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais (Brasil, 2009).

O Ministério da Saúde informa que em 2002 foi instituído, no Sistema Único de Saúde (SUS), o “Projeto Nascer Maternidades”, com o objetivo de resgatar a oportunidade perdida de diagnóstico no pré-natal. Esse projeto tem diretrizes que determinam a realização de testes rápidos em todas as parturientes que não comprovaram sorologias negativas para HIV e sífilis realizadas no pré-natal e, por sua vez, a adoção de medidas profiláticas e/ou terapêuticas em face da positividade dos exames. A triagem diagnóstica é realizada por meio do Teste Rápido para HIV e do Venereal Disease Research Laboratory para sífilis.

Em 2011, o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, normatizada pela Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, com isso, visando ampliar o acesso e melhorar a qualidade do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança de até 24 meses de vida (Brasil, 2011a). A Rede Cegonha prevê ações para a melhoria do acesso e da qualidade da assistência à mulher e da criança por meio da vinculação da gestante à unidade de referência. É um recorte materno infantil da política de saúde da mulher, sendo caracterizada como um conjunto de ações dirigidas às mulheres e às crianças (Cavalcanti, 2010).

A Rede Cegonha consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e puerpério. Tem por objetivo organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que seja garantido o acesso, acolhimento e a resolutividade. O foco principal é reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (Brasil, 2011a).

A Rede Cegonha deverá ser organizada de maneira a possibilitar a garantia do acolhimento, com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, além da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal. Entre as garantias, procura oferecer para as gestantes a sua vinculação à unidade de referência, transporte seguro, segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção à saúde das crianças de zero a 24 meses com qualidade e resolutividade e acesso às ações do planejamento reprodutivo. Ela vem sendo implementada em todo território nacional, respeitando-se critérios epidemiológicos como taxa de mortalidade infantil, razão de mortalidade materna e densidade populacional. Sua organização se dá a partir de quatro componentes: pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; e sistema logístico. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde (Brasil, 2011b).

Para ampliar o acesso ao diagnóstico precoce das gestantes com o objetivo de reduzir as taxas de transmissão vertical do HIV, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, adotou como política pública o oferecimento do Teste Rápido de HIV/AIDS a todas gestantes durante o acompanhamento do pré-natal, com aconselhamento pré e pós-teste, que pode ser realizado na Atenção Primária. O teste para diagnosticar o HIV e a sífilis deve ser feito na 1ª consulta do pré-natal, no primeiro trimestre da gravidez, no início do 3º trimestre (28ª semana) e no momento do parto. Para as gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do Teste Rápido para HIV.

A Rede Cegonha é uma oferta do Ministério da Saúde para os estados e municípios, mas são os gestores municipais que aderem, ou seja, que decidem se no município as ações previstas na Rede Cegonha serão desenvolvidas em âmbito local. Outro aspecto importante é a existência de lacunas, havendo falta de descrição de seus elementos e não previsão de ações de planejamento familiar e de vigilância dos óbitos de mulheres e crianças. É necessário rever a Rede Cegonha a fim de detalhar e ampliar seu foco e suas ações, o que pode aumentar suas chances de sucesso. A proposta de

modelo lógico para a Rede Cegonha cumpre sua missão de ferramenta útil que pode auxiliar no planejamento, na implantação e na avaliação do cumprimento das ações previstas nos estados e municípios brasileiros (Cavalcanti et al., 2013).

Segundo Cavalcanti, Gurgel Junior, Vasconcelos e Guerrero (2013), um modelo lógico com o desenho da Rede Cegonha é importante para que os atores envolvidos (gestores, profissionais de saúde, população e mídia) possam compreender e debater suas questões com base em uma figura que sintetiza e explicita objetivamente pontos importantes, principalmente no momento de sua implantação, quando existem muitas dúvidas, incertezas e diversos documentos (oficiais e não oficiais) que não abordam o tema de forma clara e detalhada.

Ventura (2009) destaca que os direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos já reconhecidos em leis. O conceito de direitos reprodutivos encontra-se legitimado, apesar de certas oposições existentes. Porém o conceito de direitos sexuais ainda não tem o reconhecimento em sua extensão ideal, ou seja, eles são reconhecidos como leis e políticas públicas, subordinados aos direitos reprodutivos (Ventura, 2009). Segundo a política, os profissionais de saúde devem estar disponíveis para o diálogo com os usuários sobre vida sexual, demandas reprodutivas e formas de proteção e prevenção, levando em consideração as especificidades de gênero, orientação sexual, idade e estilo de vida, de modo a promover seu autocuidado e sua autonomia em relação à vida sexual e reprodutiva (Brasil, 2010).

Há necessidade de se fazer um esforço na direção de um entendimento mais integral, singular, dessa forma, buscando compreender à qual grupo social o sujeito pertence, qual sua identidade de gênero, orientação sexual, do que necessita, além de ampliar as questões que envolvem a sexualidade e/ou a reprodução. Os cenários sexuais e socioculturais, os tipos de relações sociais e as condições de cidadania facilitam a identificação das dimensões que estão interagindo na produção da vulnerabilidade às ISTs/HIV, ou a quaisquer agravos sexuais (Paiva, 2006).

Potencializar o acesso aos recursos de proteção ajudará no sentido de mitigar a vulnerabilidade. É fundamental fazê-lo no contexto da comunidade, em respeito ao princípio da participação da abordagem baseada nos direitos humanos (Gruskin & Tarantola, 2012). Os significados tradicionalmente associados à sexualidade como esfera da vida íntima ou assunto tabu, permeados por expectativas sociais sobre o que se espera de sujeitos femininos e masculinos e as relações de gênero, também, interferem na integralidade da atenção à saúde sexual, aqui compreendida como a assimilação das

práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço e pela visão do sujeito em sua complexidade biopsicossocial (Alves, 2004).

Considera-se que o oferecimento do teste de HIV com aconselhamento para a população é uma importante medida de saúde pública. O teste com aconselhamento traz benefícios para as pessoas à medida que possibilita o contato com as questões relativas ao HIV, assim, aumentando o conhecimento sobre ele e promovendo a sensibilização das pessoas e a luta contra a estigmatização apoiada nos direitos humanos. O aconselhamento, de acordo com Gallant (2004), é uma importante estratégia de prevenção, uma vez que possibilita a identificação e discussão dos motivos que demandaram o teste, por conseguinte, permitindo ao sujeito refletir e compreender os modos pelos quais pode evitar a infecção pelo HIV e os desafios pessoais e relacionais implicados no esforço de adoção das medidas de proteção.

Por meio do aconselhamento, pode-se fornecer informações adequadas e personalizadas sobre a situação de testagem, sobre alternativas terapêuticas existentes em face da possível confirmação do resultado positivo para o HIV e sobre a prevenção. O teste deve ser sempre acompanhado de conversas que possam proporcionar esclarecimentos, de modo a assegurar os direitos das pessoas de se submeterem à testagem voluntariamente e de receberem o resultado com confidencialidade.

Em relação ao aconselhamento pré e pós-teste durante o pré-natal, o estudo realizado por Carneiro e Coelho (2010) revelou que a testagem rápida foi incorporada ao pré-natal, porém o aconselhamento não foi realizado em nenhuma das etapas da atenção à gestação na realidade investigada. As relações entre profissionais e usuárias refletem mecanismos de poder que comprometem a autonomia das mulheres, distanciando o cuidado da perspectiva da integralidade.

A realização do teste rápido no pré-natal envolve aspectos subjetivos de importante valor para as gestantes, sendo imprescindível considerar esses aspectos na prática profissional para uma contribuição real e uma assistência mais humanizada que atenda, de fato, às necessidades da população. Cabe destacar que ainda há um longo caminho a ser percorrido no sentido de qualificar a atenção pré-natal. Sem dúvidas, fica evidente a necessidade de sensibilizar, mobilizar e capacitar os profissionais envolvidos com a assistência pré-natal. É fundamental que as gestantes sintam-se acolhidas nos serviços de pré-natal e tenham conhecimento para tomar suas decisões conscientes e com responsabilidade. Somente com essa qualificação será possível a efetiva redução

das taxas de transmissão do HIV e outras ISTs, potencializando as ações de prevenção das ISTs/HIV entre as mulheres (Silva et al., 2008).

Segundo Faria e colaboradores (2014), medidas que viabilizem o acesso das mulheres ao pré-natal o mais cedo possível, bem como estratégias de promoção do apoio emocional, são fundamentais à adesão dessas ao tratamento antirretroviral. Os profissionais de saúde devem ser preparados para oferecer acolhimento especial àquelas mulheres que iniciam o pré-natal tardiamente, bem como àquelas com menos informações sobre a gestação no contexto do HIV.

Por sua vez, com a descentralização do teste rápido para atenção primária, alguns desafios são colocados. Os resultados da pesquisa desenvolvida por Zambenedetti e Both (2013) apontaram a necessidade de a dinâmica do estigma ser considerada no planejamento das ações e serviços de saúde visando facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento, bem como a construção de vínculo e confiança entre usuários e profissionais. O estigma perpassa pelas relações dos profissionais em saúde, esses muitas vezes trabalham de modo a respeitar os usuários em suas demandas de sigilo e discriminação. Para os autores, há diferentes percepções nas equipes de atenção primária sobre quais profissionais podem ter acesso ao diagnóstico e como tal acesso pode ocorrer, tal a necessidade de que o tema seja discutido na equipe, visando à responsabilização dos profissionais com o problema em questão. Nesse mesmo estudo, os autores destacam, também, a necessidade de problematizar o pressuposto de que a territorialização e adscrição da clientela sempre facilitam o acesso à unidade de saúde. Apoiados nas falas, apostam no caráter extraterritorial do vínculo, baseado nas relações de confiança e acolhimento.

Assim, considerando todo esse panorama socio-sanitário, esta dissertação se orientou pela seguinte questão de pesquisa: Qual a avaliação de profissionais e gestantes da Atenção Primária em Saúde sobre a implantação do aconselhamento e Teste Rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha, em Porto Alegre?

Estudo de abordagem qualitativa, descritivo e exploratório, cujo processo de amostragem utilizado na presente pesquisa foi orientado pela distribuição territorial dos serviços de saúde de Porto Alegre. A cidade conta com 123 serviços de saúde, distribuídos em 8 gerências distritais. Profissionais pertencentes a 11 serviços, sendo que destes 5 são Estratégias Saúde da Família (ESF) e 6 são Unidades Básicas de Saúde (UBS).

Os participantes entrevistados foram 13 profissionais que atuavam na Atenção Primária: um médico, uma médica ginecologista, dez enfermeiras e um enfermeiro, bem como 16 gestantes assistidas pelo pré-natal na atenção primária. O instrumento utilizado foi a entrevista semiestruturada. Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e analisadas e organizadas com o apoio do *software Atlas.ti*.

Para a análise dos dados foi utilizada a Análise Temática, proposta por Braun e Clarke (2006), que indicam alguns pontos para sua realização: transcrição das entrevistas; codificação de temas relevantes após examinar todo o material; análise da coerência, consistência e distinção dos temas entre si; escolha dos temas, releitura e recodificação das entrevistas; cujos dados devem ser interpretados e organizados, evitando realizar apenas a descrição dos mesmos; a análise deve proporcionar equilíbrio entre a narrativa e os extratos ilustrativos que constam no texto. Os eixos temáticos foram definidos *a priori* de acordo com as temáticas exploradas na entrevista.

O estudo I, intitulado **“Percepção dos Profissionais da Atenção Primária sobre a Implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha”**, teve como objetivo investigar como os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde avaliam a implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis e aconselhamento na Rede Cegonha, em Porto Alegre/RS.

No presente estudo, os critérios de inclusão dos participantes foram ter no mínimo um ano de experiência em AP e realizar o teste rápido e o aconselhamento no pré-natal. Os participantes foram identificados como P1, P2 e assim por diante. O instrumento utilizado para aproximar-se da avaliação dos profissionais sobre o aconselhamento e Teste Rápido de HIV/Sífilis na Atenção Primária foi a entrevista semiestruturada, que contemplou as seguintes temáticas: a) conhecimentos sobre a RC; b) capacitação ou matriciamento para a realização do teste rápido e do aconselhamento; c) facilidades/dificuldades em solicitar/realizar o teste rápido e aconselhamento; e) sexualidade e práticas sexuais das gestantes antes e durante a gestação; f) inclusão do parceiro na testagem e aconselhamento durante o pré-natal. As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e junho de 2015. Essas tiveram duração média de 45 minutos e foram realizadas no local de trabalho das participantes, em que eram disponibilizadas salas de atendimento ou outro local nas dependências do serviço, assim, prezando pelo sigilo e pelas melhores condições para realização das entrevistas.

O estudo II, intitulado **“Percepção de Gestantes sobre o Teste Rápido e**

Aconselhamento de HIV na Rede Cegonha”, objetivou investigar a avaliação que gestantes de diferentes unidades básicas de saúde de Porto Alegre tinham tanto do processo de testagem rápida como das estratégias de aconselhamento envolvidas nesse processo.

Neste estudo, em cada um dos serviços sorteados, foi convidada, na sala de espera ou por indicação de um profissional dos serviços, uma gestante usuária do serviço a participar de uma entrevista individual, em uma sala disponibilizada pelos serviços. Em alguns serviços, mais de uma gestante aceitou ser entrevistada o que acabou totalizando um número de 16 participantes, assistidas pelo pré-natal na atenção primária. O instrumento básico utilizado para compreender a avaliação das gestantes sobre o aconselhamento e Teste Rápido de HIV/Sífilis na atenção primária foi uma entrevista semiestruturada que contemplou as seguintes temáticas: a) conhecimento sobre o Teste Rápido de HIV e Sífilis na Rede Cegonha, em Porto Alegre; b) confiabilidade do teste rápido; c) aconselhamento durante o pré-natal; e d) convite de testagem e aconselhamento ao parceiro durante o pré-natal. A coleta de dados foi realizada de forma individual nos meses de maio e junho de 2015, mediante a realização de uma entrevista em profundidade, orientada por um roteiro semiestruturado que contemplou os objetivos propostos pelo estudo. As entrevistas tiveram a duração média de 30 minutos. As participantes foram identificadas como G1, G2 e assim por diante (sendo que a letra G refere-se à palavra gestante).

Cabe destacar que foram respeitados os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme aponta a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde, 2012), referente à pesquisa com seres humanos, e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS e da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, via Plataforma Brasil (nº 779.500). Após obter as devidas aprovações, realizou-se contato, com os profissionais responsáveis pelas unidades envolvidas na pesquisa, para agendamento das entrevistas.

Em virtude da originalidade, os dois estudos que constituem o corpo desta dissertação foram submetidos a revistas científicas.

REFERÊNCIAS

- Alves, V. S. (2004). Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: Pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(16), 39-52. doi:10.1590/S1414-32832005000100004
- Ayres, J. R. C. M., França Júnior, I., Calazans, G. J., & Saletti Filho, H. C. (2009). O conceito de vulnerabilidade e as Práticas de Saúde: novas perspectivas e desafios. In.: CZERESNIA, D. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 121-143.
- Barbará, A., Sachetti, V. A., Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da AIDS. *Interação em Psicologia*, 9(2), 331-339. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/psi.v9i2.4783>
- Brasil. (2009). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Cadernos de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2010). *Adesão ao tratamento antirretroviral no brasil: Coletânea de estudos do projeto atar*. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da Saúde: Brasília.
- Brasil. (2011a). Portaria nº1.459, de 24 de junho de 2011. *Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha*.
- Brasil. (2011b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Manual prático para implementação da Rede Cegonha*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2015). *Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico: AIDS e DST*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

- Carneiro, A. J.S. & Coelho, E. A. C. (2010). Aconselhamento na testagem anti-HIV no ciclo gravídico-puerperal: o olhar da integralidade. *Ciênc. saúde coletiva*, 15(1), 1216-1226. 1413-8123. doi.org/10.1590/S1413-81232010000700031.
- Carvalho, S. M. & Paes, G. O. (2011) A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Cad. Saúde Colet.*, 19(2), 157-63.
- Cavalcanti, P. C. S. (2010). O modelo lógico da Rede Cegonha. Monografia (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Recife.
- Cavalcanti, P. C. S., Gurgel Junior, G. D., Vasconcelos, A. L. R., & Guerrero, A. V. P. (2013). Um modelo lógico da Rede Cegonha. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 23(4), 1297-1316. doi:10.1590/S0103-73312013000400014
- Costa, G. R. C., Chein, M. B. C., Gama, M. E. A., Coelho, L. S. C., Costa, A. S. V., Cunha, C. L. F., & Brito, L. M. O. (2010). Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(6), 1005-1009. doi: 10.1590/S0034-71672010000600021.
- Diniz, D. (2009). Bioética e gênero. *Revista Bioética*, 16(2).
- Diniz, D., & Guilhem, D. (2009). Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Revista Bioética*, 7(2).
- Diniz, D., & Vélez, A. C. G. (1998). Bioética feminista: a emergência da diferença. *Estudos Feministas*, 6(2), 255-263.
- Domingues, R. M. S. M., Hartz, Z. M. D. A., & Leal, M. D. C. (2012). Avaliação das ações de controle da sífilis e do HIV na assistência pré-natal da rede pública do município do Rio de Janeiro, Brasil. *Rev. bras. saúde matern. infant*, 12(3), 269-280.
- Faria, E. R., Carvalho, F. T., Lopes, R. S., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., & Santos, B. R. (2014). Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto

- do Pré-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(2), 197-203. doi:10.1590/S0102-37722014000200009
- Gallant, J. E. (2004). HIV counseling, testing and referral. *American Family Physician*, 70(2), 295-302.
- Garcia, S., & Koyama, M. A. H. (2008). Estigma, discriminação e HIV/AIDS no contexto brasileiro, 1998 e 2005. *Rev. Saúde Pública*, 42(1), 72-83. doi:10.1590/s0034-89102008000800010
- Giovanella, L., Mendonça, M. H. M., Almeida, P. F., Escorel, S., Senna, M. C. M., Fausto, M. C. R., & Teixeira, C. P. (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(3), 783-794. doi:10.1590/S1413-81232009000300014.
- Gruskin, S., & Tarantola, D. (2012). Um panorama sobre saúde e direitos humanos. In V. Paiva, J. R. Ayres, & C. M. Buchalla (Orgs.), *Coletânea: Vulnerabilidade e Direitos Humanos. Prevenção e promoção da saúde: Vol. 1. Da doença à cidadania* (pp. 23-41). Curitiba, PR: Juruá.
- Guilhem, D., & Azevedo, A. F. (2008) Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da AIDS. *Revista Bioética*, 16(2), 229-40.
- Leitão, M. N. C. (2015). Saúde, sexo e gênero: as (des) igualdades como desafios. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 49(1), 8-9. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420150000100001>
- Lemos, R. L. (2014). *A qualidade do cuidado puerperal na atenção básica de Pelotas/RS*. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia, Universidade Federal de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

- Merhy, E. E. (2002). *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3a Ed. São Paulo: Editora Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2012). *Realização do Teste Rápido da Sífilis na Atenção Básica no âmbito da Rede Cegonha*. Departamento de Atenção Básica. — Brasília: Editora do Ministério da Saúde.
- Paiva, V. (2006). Analisando cenas e sexualidades: A promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. In C. F. Cáceres, M. Petcheny, T. Frasca & G. Careaga (Orgs.), *Sexualidad, estigma y derechos humano: Desafíos para el acceso a la salud en América Latina* (pp. 23-52). Lima: FASPA/UPCH.
- Rocha, S., Vieira, A., & Lyra, J. (2013). Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. *Revista Brasileira de Ciência Política*, (11), 119-141. doi:10.1590/S010333522013000200005
- Schraiber, L. B. (2008). *O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança*. Aderaldo & Rothschild,.
- Silva, R. M. O., Araújo, C. L. F., & Paz, F. M. T. (2008). A realização do teste anti-hiv no pré-natal: Os significados para a gestante. *Escola Anna Nery*, 12(4), 630-636. doi:10.1590/S1414-81452008000400004
- Silva, O., Guilhen, D., & Bampi, L. N. D. S. (2012). Trinta minutos que mudam a vida: Teste Rápido Anti- HIV Diagnóstico para parturientes e acesso ao pré-natal. *Enfermagem em Foco*, 3(4).
- Starfield, B. (2002). *Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde.
- Ventura, M. (2009). *Direitos Reprodutivos no Brasil*. 3ª ed. Brasília: Fundo de População das Nações Unidas – UNFPA.

Zambenedetti, G., & Both, N. S. (2013). A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. *Fractal, Rev. Psicol.* 25(1), 41-58. <http://dx.doi.org/10.1590/S1984-02922013000100004>.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A feminilização da Aids é um dos reflexos do comportamento sexual da população associado a aspectos de vulnerabilidade e de gênero, e, nesse contexto, as mulheres são atingidas em plena idade reprodutiva. Porto Alegre apresentou as mais altas taxas da transmissão vertical do HIV, sendo a capital de maior incidência de Aids no Brasil.

Os artigos empíricos apresentados nesta dissertação contribuem para o campo de estudos da psicologia da saúde na medida em que buscam compreender como os profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde e gestantes usuárias avaliam a implantação do Teste Rápido de HIV e Sífilis e aconselhamento na Rede Cegonha em Porto Alegre/RS.

A partir do primeiro estudo, pôde-se identificar que, para alguns profissionais, falta apropriação em relação à política; e outros referem que as inovações associadas à RC, em nível primário, estão restritas ao teste rápido. Este aspecto nos permite pensar o quanto a ideia de uma rede de cuidados para garantir um melhor acolhimento e uma atenção integral à gestante e ao bebê, em todos os níveis de complexidade do sistema, deve ser pensada.

Os participantes referiram ter recebido treinamento para realização do teste rápido e aconselhamento, porém destacaram a necessidade de mais capacitações. Também, colocaram que não tiveram uma capacitação para o aconselhamento que considerasse as especificidades da gestação. Outro aspecto destacado foi a importância do matriciamento, que não vem sendo realizado nas equipes. O matriciamento pode ser um dispositivo muito importante para qualificar tanto a realização do teste quanto as dificuldades associadas ao aconselhamento e aos resultados positivos. Esse acompanhamento longitudinal das equipes de forma continuada pode ser um espaço importante, também, para problematizar questões associadas à abordagem da

sexualidade que vêm sendo negligenciadas no espaço do pré-natal.

Cabe destacar que os profissionais referiram realizar o aconselhamento pré-teste, o que pode ser destacado como um aspecto positivo da implantação do teste em nível primário. Porém esforços podem ser feitos no sentido de qualificar o aconselhamento de acordo com as especificidades do pré-natal e da singularidade das gestantes e seus companheiros. Outro aspecto importante que pode ser potencializado é o aconselhamento pós-teste, com seu potencial em termos de prevenção.

A solicitação compulsória do teste para as gestantes propicia que se possa pensar a questão da autonomia das mulheres no pré-natal. Em função das relações assimétricas de gênero que interferem diretamente na atenção à saúde da mulher, assim como destacaram, o corpo da mulher já é pensado de forma objetificada, o que só se agrava em momentos como a gestação. Assim, o pré-natal pode se constituir em um espaço em que a mulher possa exercer sua autonomia e cidadania ou, pelo contrário, reforçar lógicas de opressão. Portanto, um dos desafios é pensar o espaço do pré-natal como um momento de fortalecimento das mulheres, de acolhimento, no qual essas possam expor suas dúvidas, seus medos e fortalecerem-se enquanto sujeitos de direitos.

Ao analisar as questões de gênero a partir de uma perspectiva relacional, é importante destacar a importância de serem desenvolvidos mecanismos para que os homens consigam também se envolver no pré-natal. E para que isso se viabilize, existe a necessidade de esforços políticos no sentido de incluir o homem nas políticas de saúde no geral e, especificamente, na política materno-infantil, bem como que os profissionais percebam a importância desses no processo de atenção à saúde. A realização do teste rápido no pré-natal, além de ser uma medida protetora, pode possibilitar a tomada de decisão embasada em reflexão centrada no autocuidado.

A partir do segundo estudo foi possível identificar que algumas das entrevistadas referiram saber que o Teste Rápido de IST/HIV fazia parte do pré-natal. Em relação à confiabilidade do teste rápido, muitas das entrevistadas referiram confiar na eficácia do teste rápido. Todavia muitas outras destacaram desconfiança quanto à efetividade do Teste Rápido para IST/HIV. Muitas demonstraram, em suas falas, dúvida quanto à confiabilidade do teste. Outras entrevistadas colocaram que o profissional da saúde esclareceu que o teste rápido era confiável. A partir dos discursos, pôde-se individuar a necessidade do profissional, também, esclarecer aos usuários a confiabilidade da técnica

de teste rápido.

Um dos aspectos investigados foi a questão do aconselhamento pré e pós-teste para Teste Rápido de ISTs durante o pré-natal. A partir das entrevistas se observou que algumas entrevistadas tinham recebido o aconselhamento, mas outras referiram que não. Muitas das entrevistadas identificaram que o aconselhamento era a conversa que haviam tido com os profissionais da saúde antes da realização do teste. Em relação ao aconselhamento pré e pós-teste, uma das questões referidas pelas entrevistadas foi que o aconselhamento parecia estar restrito somente ao aconselhamento pré-teste. A falta do aconselhamento, portanto, pós-teste deve ser considerada, pois pode ser um momento importante para que o profissional trabalhe a importância da prevenção. Cabe destacar que o aconselhamento para ISTs durante a gestação deve ter suas especificidades, e que elas talvez não venham sendo consideradas pelos profissionais e pelas gestantes. A partir das entrevistas foi possível identificar que nem todas as gestantes receberam aconselhamento; e outras não receberam aconselhamento para a realização do Teste Rápido para IST. Outro fato que chamou atenção foi identificar que os enfermeiros são os profissionais que mais realizam o aconselhamento.

A ausência do uso do preservativo aparece relacionado à ideia de proteção ocasionada pelas relações estáveis e duradouras, não estando associada à realização do teste, mas somente ao tempo de relação e à confiança no parceiro. De alguma forma, o relato das mulheres parece ter evidenciado que elas se sentem protegidas por estarem em uma relação estável. Pôde-se verificar que o preservativo não é associado à vida de casada. Cabe destacar que, para algumas entrevistadas, o uso do preservativo no período gestacional vem associado a uma ideia de cuidado maior com o bebê do que com a própria saúde.

Assim como foi destacado no presente estudo, o pré-natal é um importante momento de atenção à saúde das mulheres. O espaço do pré-natal pode ser um espaço de construção de uma atenção que compreenda a saúde das mulheres a partir de uma perspectiva integral. Nesse sentido, o aconselhamento pode ser realizado de forma a potencializar a autonomia das pacientes, o que ainda parece ser um grande desafio para os serviços de saúde. Outra temática que parece um desafio é a abordagem de questões associadas à saúde sexual.

Sabemos que o presente trabalho apresenta oportunidades para a complementação de seu escopo, conforme foram identificadas e apontadas,

anteriormente, em cada estudo. E entendemos que, neste estudo, revelaram-se colaborações a serem destacadas para futuras pesquisas, tais como investigar a inclusão dos parceiros no pré-natal, a implementação da Rede Cegonha e melhoria no pré-natal, bem como a necessidade de se desenvolverem estudos que investiguem a eficácia do aconselhamento pré e pós-teste.