

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

Raquel Einloft Kleinubing

**ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS**

Santa Maria, RS
2018

Raquel Einloft Kleinubing

**ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E
ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS
E PROFISSIONAIS**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Cristiane Cardoso de Paula
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª Tassiane Ferreira Langendorf

Santa Maria, RS, Brasil
2018

Kleinubing, Raquel Einloft

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS / Raquel Einloft
Kleinubing. - 2018.

135 p.; 30cm

Orientadora: Cristiane Cardoso de Paula

Coorientadora: Tassiane Ferreira Langendorf

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2018

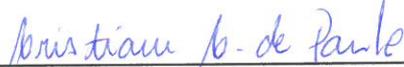
1. Atenção Primária à Saúde 2. Acesso aos serviços de
saúde 3. Gravidez 4. Período Pós-Parto 5. HIV I. Paula,
Cristiane Cardoso de, II. Langendorf, Tassiane Ferreira,
III. Título.

Raquel Einloft Kleinubing

**ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO
PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA
PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS**

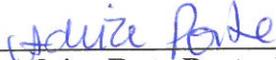
Tese de doutorado apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), como requisito parcial para a obtenção do título de **Doutora em Enfermagem**.

Aprovado em 28 de novembro de 2018:

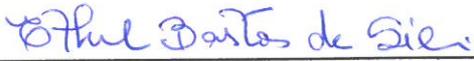


Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)
(Presidente/orientadora)

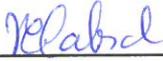
Tassiane Ferreira Langendorf, Dra. (UFSM)
(coorientadora)



Adrize Rutz Porto, Dra. (UFPEL)



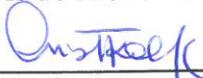
Ethel Bastos da Silva, Dra. (UFSM/PM)



Ivone Evangelista Cabral, Dra. (EEAN/UFRJ)



Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)



Cristine Kolling Konopka, Dra. (UFSM)

Débora Fernandes Coelho, Dra. (UFCSPA)

Santa Maria, RS

2018

DEDICATÓRIA

*Dedico esta Tese à **Deus** e a todos que ao meu lado estiveram ao longo deste caminho.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, que permitiu que eu, com saúde e perseverança cumprisse esta etapa importante da minha vida.

Aos meus pais, Paulo e Izabel, que me ampararam e me ensinaram o sentido da vida e da importância de seguir sem medo os caminhos escolhidos. Amo vocês.

Aos meus irmãos, Ricardo e Aline, que me deram a amizade, a compreensão e o colo. Mais do que irmãos, são amigos verdadeiros. Os melhores.

Ao meu companheiro de vida, meu namorado Leandro Sacchet. Meu conforto, meu por seguro, minha muralha. Minha maior paixão e o melhor de mim. Daqui pra sempre.

À minha orientadora Cristiane Cardoso de Paula, pelos conhecimentos, pela acolhida que iniciou ainda durante o Mestrado. Por acreditar em mim e na minha capacidade. Acima de tudo, obrigada pelo carinho e amizade.

À minha coorientadora Tassiane Ferreira Langendorf, pelo apoio, pela amizade e carinho. Obrigada por fazer parte deste momento e por se fazer presente sempre.

À Universidade Federal de Santa Maria, por ser a casa que eu escolhi e a casa que me acolheu, pela estrutura e suporte que possibilitaram a construção e conclusão desta Tese.

Ao Hospital Universitário, Secretaria de Saúde de Santa Maria e Casa Treze de Maio, pela recepção, possibilidade de coleta dos dados e por acreditarem na minha luta, na nossa luta.

Aos Doutores que, ao longo do curso de Doutorado me possibilitaram alçar voos e acreditar que é possível fazer a diferença e ser o melhor possível. Meu muito obrigada pelos conhecimentos construídos e pela oportunidade de aprender com vocês.

As meu grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP PEFAS).

Obrigada pela amizade, pela cumplicidade e por todos esses longos 6 anos de convivência (mestrado e doutorado). Que venham outros muitos anos de convivência, de aprendizado, de amizade.

Aos participantes do estudo. Tudo que está nesta Tese é nosso. A luta é nossa. E a todos os anjos (espirituais) que me deram suporte e serenidade para seguir em frente.

Obrigada!

*É preciso que eu suporte duas ou três larvas se quiser
conhecer as borboletas.*

O Pequeno Príncipe.

RESUMO

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

AUTORA: Raquel Einloft Kleinubing
ORIENTADORA: Cristiane Cardoso de Paula
COORIENTADORA: Tassiane Ferreira Langendorf

Tem-se que a acessibilidade e a utilização da Atenção Primária à Saúde (APS) potencializam o diagnóstico e o manejo precoce da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a gestão compartilhada da atenção, repercutindo positivamente na saúde da mulher e da criança. As mulheres infectadas acessam diferentes serviços de saúde durante a gestação, entretanto não se estabelece a comunicação intersetorial e há descontinuidade no puerpério, o que implica negativamente no acesso dessas mulheres. O objetivo da pesquisa foi desenvolver coletivamente ações para promoção do acesso de mulheres com HIV aos serviços de APS e Especializado de município da região Sul do Brasil. Pesquisa participante que desenvolveu o ciclo de criação do conhecimento proposto pelo modelo conceitual de Tradução do Conhecimento em Ação, desenvolvida no período de setembro de 2016 e outubro de 2017. Foram desenvolvidas três técnicas para produção dos dados, sendo entrevista com 14 mulheres, 45 horas de registros em diário de campo de observação participante nos serviços; e quatro encontros de grupo focal com 11 profissionais e gestores. A análise de conteúdo estruturou os resultados nos temas acessibilidade e utilização. A acessibilidade psicossocial apontou: comunicação positiva, barreiras culturais e de comunicação. A comunicação positiva mostrou que apoio, acolhimento, conversa e orientações promovem o seguimento do tratamento pelas mulheres e repercutem no retorno ao serviço de saúde. Entretanto, o atendimento desrespeitoso gera relação conflituosa e inviabiliza o acesso. As barreiras de comunicação indicaram que indisponibilidade, equívoco ou divergência de informações repercutem negativamente no acesso, revelando a necessidade de capacitação, corresponsabilização e comunicação entre serviços. As barreiras culturais, como sigilo e preconceito, geram insegurança para o acesso. Na acessibilidade temporal, o tempo de espera não impede o acesso, mas provoca insatisfação ou preferência por alguns serviços na rede. Na acessibilidade geográfica, a proximidade dos serviços de APS de suas residências e a disponibilidade de transporte para o serviço especializado facilitam o acesso. Quanto à utilização, o primeiro contato com o serviço se deu pela exposição ao HIV, adoecimento ou gestação. O acesso à APS ocorreu via transferência entre os serviços; conforme indicação profissional ou pela própria usuária. A APS responsabiliza-se por demandas não específicas da infecção e compartilha o atendimento com o serviço especializado em casos de imunizações, atendimento sem urgência e exames. A preferência pelo serviço especializado origina-se da capacidade de suprir as necessidades das usuárias. Há continuidade da utilização para acompanhamento de problema de saúde antigo, prevenção e investigação de novo problema. A construção coletiva de ações para promoção da acessibilidade e da utilização culminou na criação de um fluxograma, como ferramenta de transformação da realidade. Esta pesquisa possibilitou ampliar o olhar acerca da urgência da articulação na rede de atenção às mulheres vivendo com HIV, tendo em vista a necessidade de promover a melhoria do acesso, no que tange a acessibilidade e utilização dos serviços da rede de atenção à saúde.

Palavras-Chave: Atenção Primária à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Gravidez. Período Pós-Parto. HIV.

ABSTRACT

ACCESSIBILITY AND UTILIZATION OF THE PRIMARY AND SPECIALIZED CARE NETWORKS BY WOMEN WITH HIV IN THE PERSPECTIVE OF USERS AND PROFESSIONALS

AUTHOR: Raquel Einloft Kleinubing

ADVISOR: Cristiane Cardoso de Paula

CO-ADVISOR: Tassiane Ferreira Langendorf

The accessibility and utilization of Primary Health Care (PHC) optimize the diagnostic and early management of the infection by the Human Immunodeficiency Virus (HIV) and the shared management of care, positively affecting the health of the woman and child. The infected women access different health services during pregnancy, however, intersectoral communication is not established and there is discontinuity in puerperium, which negatively influences on the access of these women. The research objective was to collectively develop actions to promote the access of women with HIV to Specialized and PHC services of a city in the southern region of Brazil. It is a participatory research, which developed the knowledge creation cycle proposed by the Knowledge to Action Framework, in the period from September 2016 to October 2017. Three techniques for data production were developed, which were: interview with 14 women, 45 hours of records in field diary from participant observation in the services; and four focus group meetings with 11 professionals and managers. The content analysis structured the results in the subjects accessibility and utilization. The psychosocial accessibility indicated: positive communication, cultural and communicational barriers. Positive communication demonstrated that support, welcome, conversation and guidance promote the treatment follow-up by the women and reflect in the return to the health service. However, disrespectful assistance results in a conflicting relationship and impairs the access. The communication barriers indicated that unavailability, misunderstanding or divergence of information reflect negatively in the access, showing a necessity for training, co-responsibility and communication between services. The cultural barriers, such as confidentiality and prejudice, generate insecurity for the access. In temporal accessibility, the waiting time does not hinder the access, but causes dissatisfaction or preference for some services in the network. In geographical accessibility, the proximity of the PHC services to their homes and the transportation availability to the specialized service facilitate the access. Regarding the utilization, the first contact with the service was due to exposure to HIV, illness or pregnancy. The access to the PHC occurred through transfer between services, according to professional indication or by the user herself. The PHC takes responsibility for non-specific demands of the infection and shares the assistance with the specialized service in cases of immunizations, non-emergency assistance and examinations. The preference for the specialized service derives from the capacity to meet the users' needs. There is continuity of utilization for follow-up of previous health problems, prevention and investigation of a new problem. The collective development of actions to promote accessibility and utilization resulted in the creation of a flowchart, as a tool for transformation of reality. This research allowed to broaden the view on the urgency for articulation in the network of attention to women living with HIV, in view of the need to promote improvement of the access, concerning the accessibility and utilization of services of the healthcare network.

Keywords: Primary Health Care. Access to Health Services. Pregnancy. Postpartum Period. HIV.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelos de Atenção à Saúde.....	22
Figura 2 - Estratégia de Tradução do Conhecimento	30
Figura 3 - Estratégia de Tradução do Conhecimento aplicado na pesquisa participante de desenvolvimento coletivo de ações para promoção do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado de Santa Maria/RS	33
Figura 4 - Operacionalização da coleta dos dados. Santa Maria, RS, Brasil. 2015.....	40
Figura 5 - Resultados obtidos a partir da triangulação das entrevistas e observação participante	41
Figura 6 - Mapa conceitual construído a partir dos resultados da triangulação das técnicas de entrevistas e da observação participante para coleta de dados	48
Figura 7 - Fluxo de Atenção às Mulheres vivendo com HIV. Santa Maria, RS, Brasil. 2018.	52
Figura 8 - Acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV. Santa Maria, RS, Brasil. 2017.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGAR	Ambulatório de Alto Risco
ARV-	Antirretroviral
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CIHR	Canadian Institute of Health Research
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
DI	Doenças Infecciosas
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
EACS	Estratégia Agentes Comunitários de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEP/HUSM	Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria
GF	Grupo Focal
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HIV	Vírus da Imunodeficiência Adquirida
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
IKT	Integrated Knowledge Translation
MS	Ministério da Saúde
NEPeS	Núcleo de Educação Permanente da Saúde
PCATool	Primary Care Assessment Tool
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RI	Revisão Integrativa
SAE	Serviço de Assistência Especializada
SIPP	Seminário integração da pesquisa com a prática: discutindo resultados de pesquisas em HIV com os serviços de saúde [PCATool II]
SIE	Sistema de Informação para o Ensino
SMS-SM	Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TC	Tradução do Conhecimento
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
UNAIDS	Joint United Nations Program on HIV/AIDS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	11
1 INTRODUÇÃO	13
1.1 MARCO CONCEITUAL DA ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
2.1 ATENÇÃO À SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV.....	20
2.2 ARTIGO 1 - ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR GESTANTES COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA.....	28
3 ESTRATÉGIA DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO	29
4 MÉTODO	33
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	34
4.2 CAMPO DE ESTUDO.....	35
4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO.....	36
4.3.1 Mulheres vivendo com HIV	36
4.3.2 Profissionais e gestores	36
4.4 COLETA DE DADOS.....	37
4.4.1 Montagem institucional e metodológica da pesquisa participante:	38
4.4.2 Estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo:	39
4.4.3 Colocação dos problemas considerados prioritários:	53
4.4.4 Análise dos dados:	53
4.4.5 Programação e execução de plano de ação:	54
4.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	54
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	57
5.1 ACESSIBILIDADE.....	59
5.1.1 Acessibilidade Psicossocial	59
5.1.1.1 <i>Comunicação assertiva</i>	59
5.1.1.2 <i>Barreiras de comunicação</i>	68
5.1.1.3 <i>Barreiras culturais</i>	76
5.1.2 Acessibilidade Temporal	80
5.1.3 Acessibilidade Geográfica	84
5.2 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS E ESPECIALIZADO.....	87
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	106
REFERÊNCIAS	110
APÊNDICE A – ROTEIRO PARA AS OBSERVAÇÕES	120
APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS	122
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES) ..	123
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA OS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL	125
APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS E GESTORES)	128
APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL	130
APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL	131
APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE	132
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO GEP/HUSM	133
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO NEPE/SMS-SM	134
ANEXO C – AUTORIZAÇÃO CASA TREZE DE MAIO	135

APRESENTAÇÃO

Esta tese de doutorado tem como **problema de pesquisa** as barreiras de acesso das mulheres vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) aos serviços de saúde, os quais devem considerar os momentos chave para o diagnóstico e acompanhamento, com destaque para a gestação e o puerpério, para que haja o sucesso da profilaxia da transmissão vertical do HIV. O acesso das gestantes sem diagnóstico prévio de HIV, majoritariamente, se dá nos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) enquanto das gestantes vivendo com HIV se dá no serviço especializado. Entretanto parece não se estabelecer a comunicação intersetorial e há descontinuidade da atenção no puerpério.

Estabeleceu-se como **pressuposto** que o acesso (acessibilidade e utilização) aos serviços de saúde implica na necessidade de gestão compartilhada do cuidado na rede de atenção à saúde, o que potencializa o diagnóstico precoce da infecção e, conseqüentemente, o manejo adequado, repercutindo positivamente na saúde da mulher e da criança.

Justificou-se a realização desta pesquisa com base a política pública brasileira que, ao implementar estratégias de prevenção da transmissão vertical do HIV com detecção precoce na APS, reconheceu esta porta de entrada como preferencial do sistema de saúde. Tal proposta aproximou os serviços de saúde dos locais de moradia dos usuários, potencializando o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada no usuário.

Com isso pode-se contribuir para a prática do cuidado com a perspectiva de reorganizar o fluxo de cuidado desenvolvido às mulheres vivendo com HIV nos serviços de APS e Especializado, a fim de promover a aproximação entre estes serviços. Isto pode facilitar o acesso e a adesão ao tratamento para o manejo da infecção materna e prevenção da transmissão vertical do HIV, tendo em vista que, devido às características estruturais e de desempenho da APS, a ausência dessa população nestes serviços inviabiliza a captação das mesmas pelos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Trata-se de uma Pesquisa do tipo Participante, com o **objetivo geral**: desenvolver coletivamente ações para promoção do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado de Santa Maria/RS. Os objetivos específicos foram: conhecer e analisar as potencialidades e limitações de acessibilidade e utilização da rede desses serviços às mulheres vivendo com HIV; e discutir e propor ações para a potencialização da acessibilidade e utilização dessa rede de serviços às mulheres vivendo com HIV.

Esta tese de doutorado está situada na linha de pesquisa "Cuidado às pessoas vivendo com HIV e suas famílias" do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e

Sociedade (GP-PEFAS) e integra o projeto matricial intitulado “Avaliação da atenção primária à saúde das mulheres com HIV” (PCATool II Mulheres) (2014-2018), que tem como objetivos avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, segundo o instrumento *Primary Care Assessment Tool- Brasil* (PCATool); desenvolver coletivamente ações para o acesso aos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV, e avaliar a percepção do suporte social percebido. Tal projeto deu origem a duas dissertações de mestrado (KLEINUBING, 2015; QUADROS, 2016) e um trabalho de conclusão de curso (SOUZA, 2017). Além disso, trouxe a seguinte **inquietação** que originou o relatório de tese de doutorado em tela: como tem se dado o acesso das mulheres vivendo com HIV na rede de atenção à saúde? Sendo o **objeto** de estudo o acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado.

1 INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), desde o seu surgimento na década de 80, apresentou-se como uma epidemia multifacetada. Os avanços científicos como a terapia antirretroviral (TARV) ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), que modificaram os indicadores de morbidade e de mortalidade, atribuíram características de cronicidade à aids (SOUSA, A. et al., 2012; BRASIL, 2013).

Diante disso, a partir de 1990, no intuito de responder às tendências mundiais da epidemia, adotou-se o conceito de vulnerabilidade, a partir de três planos analíticos interrelacionados: individual, social e programático. O plano individual se refere aos comportamentos que levam a pessoa a adquirir o HIV, considerando o grau de consciência sobre os possíveis danos de tal exposição nas diversas situações já conhecidas de transmissão e do poder de reversibilidade de tais comportamentos, mediante este conhecimento (CALAZANS et al., 2006).

A possibilidade dos indivíduos obterem informações e fazerem uso desta consciência origina o plano social. Agregando-se estes dois planos, tem-se o programático. Entende-se que a vulnerabilidade dos indivíduos está diretamente relacionada com a existência de ações institucionais voltadas para o enfrentamento da aids, ou seja, como os serviços de saúde e sociais mobilizam os recursos necessários para a proteção das pessoas à infecção e ao adoecimento (CALAZANS et al., 2006).

Isso permitiu a ampliação da concepção restrita dos grupos de risco e a inserção de questões sociais nas discussões e práticas como condição para o diagnóstico e intervenção em saúde. Assim, as políticas voltadas ao enfrentamento da epidemia passaram a incorporar prevenção, assistência, vigilância e direitos humanos de maneira integrada, com vistas à diminuição das vulnerabilidades (AYRES, 2004; CALAZANS et al., 2006; ROCHA; SAMUDIO, 2013; SILVA, O., 2013).

Contudo, até junho de 2014, os dados epidemiológicos sinalizaram a necessidade da utilização do conceito de *hotspots*, priorizando Estados como Amazonas e Rio Grande do Sul, que apresentam as maiores taxas de detecção de aids (41,3 e 37,4 casos para cada 100 mil habitantes), além de populações-chave, como os jovens gays, as mulheres profissionais do sexo, usuários de drogas, travestis e transexuais, reconhecidamente mais vulneráveis e afetadas pelo HIV (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, as construções sociais e culturais relativas ao gênero refletem, também, as diferentes vulnerabilidades das pessoas à infecção. A combinação de fatores biológicos com

as desigualdades de gênero contribuiu com a infecção pelo HIV das mulheres (OMS, 2011; BAZANI; SILVA; RISSI, 2011; MOURA; LIMA; SILVA, 2012; RODRIGUES, 2012).

Mundialmente, a aids consiste na principal causa de mortalidade entre as mulheres em idade reprodutiva (15 a 49 anos). No Brasil, em 2016, a taxa de detecção de aids na população feminina foi de 2,2%, dos quais o coeficiente de mortalidade foi de 4,1% (BRASIL, 2017). Esses se concentram, majoritariamente, na faixa de etária de 25 a 39 anos em ambos os sexos, trazendo consigo questões relacionadas ao exercício da sexualidade e, com isso, a possibilidade da gestação (OMS, 2011; MOURA; LIMA; SILVA, 2012; BRASIL, 2017).

Durante a gestação, a saúde das mulheres é relevante não apenas para as mulheres em si, mas para saúde e desenvolvimento da próxima geração. No contexto do HIV, este período pode acarretar a incidência de aids em crianças, por meio da transmissão vertical do HIV (OLIVEIRA; TAKAHASHI, 2011). Este agravo relaciona-se tanto com as condições maternas e do recém-nascido, quanto com as políticas voltadas para a saúde da mulher e para a prevenção do HIV (CALAZANS et al., 2006).

Nesse sentido, almeja-se que o acesso a insumos como testes rápidos, exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e materiais técnicos possam auxiliar na redução das taxas de HIV em crianças (VIANA et al., 2013). Entretanto, faz-se necessário a intensificação das ações de diagnóstico, buscando a melhoria do acesso ao teste anti-HIV, sobretudo para as populações-chave (BRASIL, 2014).

Além disso, a descentralização dessas ações de prevenção, majoritariamente, realizadas pelos Serviços de Assistência Especializada (SAE), tem se estendido à APS, em diferentes graus e qualidade. Isto tem auxiliado no enfrentamento da epidemia no Brasil, apesar dos desafios como o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, o acompanhamento do tratamento e a integração dos serviços de saúde (VAL; NICHATA, 2014).

Definida na Conferência Internacional de Cuidados Primários em Saúde de Alma-Ata, a APS representa o ponto preferencial de contato dos indivíduos, família e comunidade com o sistema nacional de saúde. Com isso, necessita disponibilizar os cuidados essenciais de maneira universal a todo indivíduo e sua família dentro da comunidade (OPAS/OMS, 1978). Estes devem visar à promoção da saúde, a redução de risco e/ou manutenção da saúde, a detecção precoce e o rastreamento de doenças, assim como o tratamento e a reabilitação (BRASIL, 2010a).

Nesse sentido, em 1992, Barbara Starfield, a partir da releitura da Declaração de Alma-Ata, definiu os atributos essenciais e derivados. Estes, interrelacionados na prática assistencial, caracterizam o serviço quanto a sua orientação à APS (BRASIL, 2010b). Os atributos essenciais

são: acesso de primeiro contato; longitudinalidade; integralidade; e coordenação. Os derivados incluem: orientação familiar; orientação comunitária; e competência cultural.

O acesso de primeiro contato se refere à acessibilidade e a utilização do serviço de APS como fonte de cuidado para os problemas de saúde que surgem. A longitudinalidade envolve a existência de uma fonte continuada de atenção. A integralidade consiste em ações que englobam os aspectos biopsicossociais na APS. A coordenação da atenção representa o atendimento contínuo pelo mesmo profissional de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010b).

A orientação familiar é a atenção centrada na família, as suas condições de cuidado ou os fatores que interferem negativamente na saúde do usuário. A orientação comunitária implica em o serviço reconhecer as necessidades da comunidade, por meio de dados epidemiológicos e do próprio contato direto com o usuário, família e comunidade (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010b).

Esses atributos são operacionalizados por meio dos pontos que compõem a RAS do Sistema Único de Saúde (SUS) (GIOVANELLA et al., 2009; BRASIL, 2010a; BRASIL, 2010c; BRASIL, 2010d). As RAS são arranjos organizacionais entre serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas, para a ampliação das ações de promoção e prevenção. Buscam integrar a atenção, utilizando a APS como porta de entrada preferencial para o sistema de saúde (BRASIL, 2010e; BRASIL, 2010f).

A abordagem integral à saúde proposta pela RAS se faz, dentre outros quesitos, por meio das Linhas de Cuidado. Estas objetivam obter, de maneira oportuna e ágil, a atenção qualificada e integral, centrada no usuário e em suas necessidades por meio de projetos terapêuticos singulares, o que permite articular os recursos disponíveis à prática assistencial e de promoção à saúde (BRASIL, 2010d).

Contudo, a dificuldade de transferência dos usuários para os demais pontos da RAS prejudica a integralidade das ações. Esta integralidade não tem ocorrido porque a descentralização e regionalização não tem permitido a integração entre os diferentes pontos de acesso. Os obstáculos consistem na desproporção de serviços de APS para o número de habitantes, insuficiência da RAS nos serviços de diferentes densidades tecnológicas (alta, média e baixa densidade), determinadas a partir do aporte de equipamentos e instrumentais de alto custo e despreparo profissional para atender as demandas referentes ao HIV, culminando na fragmentação das ações (VAL; NICHIATA, 2014).

Além disso, a organização do SAE que, para os usuários, parece suprir todas as suas necessidades em saúde, faz com que, independente da complexidade do agravo, o cotidiano terapêutico seja realizado, majoritariamente, nesses serviços. Isto dificulta a compreensão da

existência de uma rede de serviços que poderia ser utilizada, também, como uma fonte de recursos (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012).

Entretanto, o percurso que o usuário realiza pela RAS deve ser considerado para que se garanta a universalidade do acesso. O acesso, quando empregado à área da saúde, expande-se para além da facilidade ou dificuldade de ingresso ao serviço de saúde. Nesse sentido, remete ao impacto provocado pela dinâmica de oferta de ações, na utilização dos serviços pelos usuários. Isto definirá, dentre outras situações, a possibilidade de retorno para a continuidade do acompanhamento em saúde (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012; QUINDERÉ et al., 2013).

No contexto da infecção pelo HIV ou adoecimento pela aids, a atenção à saúde concentra-se em serviços especializados. No entanto, se recomenda que esses serviços atuem conjuntamente com a APS, pela importância da integração entre estruturas especializadas e mecanismos de assistência descentralizada (PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012). Esta iniciativa emergiu a partir da constatação, pelo Ministério da Saúde (MS), de que o diagnóstico para o HIV ocorria tardiamente, despertando a necessidade de incluir essas demandas na APS (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012).

Durante a gestação de mulheres vivendo com HIV, a garantia da oferta e do acesso à testagem anti-HIV durante o acompanhamento pré-natal, representa a primeira etapa para a prevenção da transmissão vertical. Com isso, pode-se proporcionar a identificação precoce da infecção e a adoção de recomendações profiláticas em tempo hábil, como o aconselhamento e o fornecimento da TARV para as mulheres e crianças expostas ao HIV (ARAÚJO; VIEIRA; SILVA, 2008; BRASIL, 2010f).

Contudo, mesmo a APS sendo considerada a porta de entrada preferencial no sistema de saúde para as gestantes vivendo com HIV (HALLAL et al., 2010), essas ações ainda são insuficientemente abrangentes nesses serviços. Para que seja possível incluir o atendimento a essa população, é necessário superar as dificuldades de articulação e acesso entre os serviços de APS, SAE e maternidades, bem como a resistência à adoção de novas tecnologias de cuidado, como o aconselhamento e a educação sexual (BRASIL, 2010f; VAL; NICHATA, 2014).

Nesse sentido, a atuação intersetorial pode ampliar a APS, pois se estendendo aos diversos pontos de atenção à saúde, pode sobrepor-se aos efeitos da fragmentação que persistem nos serviços de saúde. A concepção abrangente e integral da APS exige a construção de sistemas de saúde articulados em rede e centrados no usuário, para que se possa responder às demandas de saúde da população. Ainda, a qualificação dos profissionais de saúde é

fundamental para a eficiência dessas ações nos serviços, tendo em vista a necessidade de promover a saúde e prevenir agravos, valorizando a autonomia dos usuários (GIOVANELLA et al., 2009; BRASIL, 2010a).

Contudo, questões como a dificuldade de acesso aos serviços de APS ocasiona um viés no sistema de saúde, na medida em que se busca a resolução dos problemas de saúde nos serviços hospitalares, transformando-o na porta de entrada preferencial para a assistência. Esta realidade sinaliza um dos principais desafios à oferta integral do cuidado, fortalecer a APS como centro integrador dos serviços e de suas ações de promoção, prevenção e reabilitação (GIOVANELLA et al., 2009; SHIMIZU; PAMELA; SANCHEZ, 2012).

Salienta-se que, devido ao caráter social e político do acesso, este deve englobar a disponibilidade de serviços, acessibilidade, organização, acolhimento, necessidades e aceitação da população, de maneira resolutiva em todos os pontos de acesso da RAS. Para as populações mais vulneráveis, como as pessoas vivendo com condições crônicas como o HIV, a formulação e execução das políticas de saúde devem atentar para o risco potencializado de progressão da doença. Isso exige condições de acesso aos serviços de saúde, que propiciem o diagnóstico e intervenção precoce (ASSIS; JESUS, 2012).

Frente ao exposto, salienta-se que o interesse em abordar a temática emergiu na graduação, a partir do contato direto com as gestantes e puérperas vivendo com HIV que recebiam acompanhamento permanente em saúde em um serviço especializado. Essa aproximação motivou a realização do trabalho de conclusão de curso com a temática referente à impossibilidade de amamentar de mulheres vivendo com HIV.

Além disso, a inserção no GP-PEFAS, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), proporcionou a ampliação do conhecimento acerca da temática do HIV, trazendo inquietações sobre a atenção à saúde da população vivendo com HIV, sobretudo, das gestantes. Nesta ocasião, a participação no projeto matricial de pesquisa intitulado: “Avaliação da Atenção Primária à Saúde das crianças e dos adolescentes com HIV”, sinalizou a necessidade de estender a investigação da qualidade da APS à população gestante vivendo com HIV.

Tal fato culminou na realização da dissertação intitulada: “Avaliação da atenção à saúde na experiência de gestantes vivendo com HIV”, na qual o objetivo geral foi comparar a qualidade da atenção à saúde das gestantes vivendo com HIV entre os tipos de serviço, segundo o PCATool-ADULTO-BRASIL versão reduzida, na experiência das usuárias. Os resultados apontados pela pesquisa revelaram que é preciso direcionar uma atenção específica às gestantes vivendo com HIV na APS, uma vez que está aquém do ideal. Ou seja, na análise conjunta dos atributos segundo o tipo de serviço, ambos apresentaram valores de escores gerais

insatisfatórios (<6,6). Contudo, se mostrou próximo tanto ao valor considerado satisfatório ($\geq 6,6$) quanto entre si: APS (6,50) e especializado (6,35), estando a APS mais próxima do valor considerado ideal. Isto indica que os atributos da APS não estão presentes adequadamente na metodologia assistencial destes serviços (KLEINUBING, 2015).

A APS como fonte regular da atenção, embora haja deficiências estruturais, pode transformar o atual modelo curativista de atenção às pessoas vivendo com HIV, na qual a descentralização das ações promova a articulação entre o serviço de APS e o especializado. Contudo, o investimento no acesso dessa população a esses serviços deve ser intensificado pelas políticas públicas e implementado pelos profissionais, para que a APS possa se tornar resolutiva, também, para as gestantes vivendo com HIV.

Para tanto, considerando que a utilização dos serviços acontece de maneira ordenada, regionalizada e racional (GAWRYSZEWSKI; OLIVEIRA; GOMES, 2012), as barreiras ao acesso podem ser superadas por meio da implantação de um fluxo de transferência entre os serviços de APS e Especializado, mantendo a APS como porta de entrada preferencial. Isto auxiliará os profissionais de saúde quanto ao direcionamento das ações e na tomada de decisão, considerando o percurso dessa população na RAS e as possibilidades de transferências entre esses serviços.

1.1 MARCO CONCEITUAL DA ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Bárbara Starfield, médica pediatra e mestre em Saúde Pública, dedicou sua vida profissional e acadêmica ao estímulo e valorização dos cuidados primários de saúde, impulsionando internacionalmente as discussões acerca da necessidade de qualificação da APS na produção de saúde das pessoas. Segundo Starfield (2002), a importância de investir na porta preferencial de entrada do sistema de saúde advém do crescente aumento dos custos da atenção (realidade não somente brasileira, mas de quase todos os países) caracterizado pelo envelhecimento da população, sobrevivência de pessoas convivendo com condições crônicas e o crescente papel das tecnologias caras no diagnóstico e tratamento de enfermidades.

Como locus complexo de responsabilidade, a APS deve corresponder às necessidades da população longitudinalmente e integralmente. Nesse sentido, deve-se garantir a acessibilidade, como elemento estrutural, e a utilização, como elemento processual, do serviço de APS como fonte de cuidado para os problemas de saúde que surgem ou episódios de um

mesmo problema. Esses são os componentes do atributo acesso aos serviços de saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2010b).

Quanto à acessibilidade, esta relaciona-se a possibilidade de ingresso nos serviços de saúde e, nessa perspectiva, deve considerar o aspecto psicossocial das relações que se estabelecem dentro dos serviços de saúde (barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os profissionais e usuários), à geografia (transporte e distância do serviço) e ao tempo que envolve a dinâmica de cuidados (horário de disponibilidade) (STARFIELD, 2002; CAMPOS et al., 2014).

Nos serviços de APS, tendo em vista que nem sempre os indivíduos conhecem ou sabem da gravidade da condição de saúde que apresentam ao procurar pelo primeiro atendimento, o acesso deve ser ofertado sem considerar o grau de necessidade. Para que isso seja possível, a localização do serviço de saúde deve ser de fácil acesso, com disponibilidade de horários que favoreçam o comparecimento às consultas e procedimentos necessários, considerando de maneira tolerante os usuários que não possuem agendamentos, mas que apresentam urgência de atendimento, incluindo o acesso aos especialistas quando houver necessidade, pensando-se em um atendimento em rede (STARFIELD, 2002).

Com relação à busca pelo atendimento, a acessibilidade pode ocorrer por iniciativa do usuário, a partir de orientação ou transferência realizada pelos profissionais ou por exigência administrativa. Frente a isso, a utilização, que é um reflexo da acessibilidade, pode ocorrer por meio de consulta, rastreamento ou diagnóstico de um novo problema de saúde, ou acompanhamento contínuo de uma condição de saúde prévia, bem como para recebimento de ações preventivas (STARFIELD, 2002).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Serão aprestados elementos teóricos necessários à construção da problemática de estudo, que consistem nos seguintes eixos: Atenção à saúde às mulheres vivendo com HIV e Acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado por gestantes com HIV.

2.1 ATENÇÃO À SAÚDE ÀS MULHERES VIVENDO COM HIV

O contexto histórico que envolve o Sistema de Saúde no Brasil remete, primeiramente, a sua reorganização a partir da Constituição Federal de 1988. Por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, o conceito de saúde passou a ser reconhecido como um direito do cidadão, delineando os fundamentos do SUS (PAIM et al., 2011).

Utilizando-se como diretrizes a descentralização, o atendimento integral e a participação da comunidade, consolidou-se a criação do SUS. No ano de 1990, com a Lei 8.080, Lei Orgânica da Saúde, foi regulamentado e implementado, incorporando os princípios da universalidade de acesso aos serviços e da igualdade da assistência à saúde (BRASIL, 1988; VIANA; POZ, 1998; PAIM et al., 2011).

Com isso, o SUS tem o compromisso de realizar diversas ações em saúde, por meio da participação de gestores, trabalhadores e usuários. Estas abarcam a promoção e vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além disso, necessita assegurar a continuidade do cuidado nos serviços primário, ambulatorial especializado e hospitalar (PAIM et al., 2011).

Contudo, existem desafios para sua qualidade da atenção à saúde, dentre os quais se aponta a consolidação das RAS. Estas consistem em fortes aliadas na reorganização com vistas a um sistema integrado de saúde, buscando responder com eficácia, eficiência, equidade e qualidade nas reais condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2010; 2012).

A melhoria dos atributos coordenação do cuidado e acesso aos serviços de saúde, o investimento em disponibilidade, acessibilidade, adequação funcional, capacidade financeira e aceitabilidade, podem assegurar uma linha de cuidado integral articulada com a APS e coerente com as necessidades em saúde de cada território (MENDES, 2011; OPAS, 2011; ASSIS; JESUS, 2012).

Além disso, a transição epidemiológica vem acontecendo de maneira acelerada nos países em desenvolvimento e indica um incremento das condições crônicas. No Brasil, uma agenda de saúde pública tem sido incorporada, apontando a tripla carga de doenças. Esta se

caracteriza pela persistência de doenças infecciosas, desnutrição e ascensão das condições crônicas (BRASIL, 2015).

Frente às novas demandas, as respostas sociais às situações de saúde vão desde a fragmentação até a integração, ou seja, sistemas fragmentados de saúde e sistemas integrados de saúde. No Brasil, o sistema de atenção à saúde mostra-se fragmentado, na qual as ações são episódicas, reativas, curativas e reabilitadoras, focadas nas condições agudas e na agudização das condições crônicas. Trata-se, portanto, de um modelo médico centrado, na qual os serviços de saúde atuam por meio da demanda e oferta de cuidados (LAVRAS, 2011; MENDES, 2011; BRASIL, 2015).

O sistema fragmentado, de estrutura hierárquica, é caracterizado como um conjunto de pontos isolados e incomunicáveis de atenção à saúde. Isto inviabiliza a assistência contínua à população e a comunicação entre a APS e o serviço especializado, apontando a incoerência entre a condição de saúde brasileira de tripla carga de doenças (MENDES, 2010; OPAS, 2011; BRASIL, 2015).

Essa incoerência é caracterizada como a principal crise no sistema público de saúde brasileiro no século XXI, na qual será superada com a substituição do sistema fragmentado pelas RAS (MENDES, 2010; MENDES, 2012). No entanto, cabe salientar que a Constituição Federal de 1988, em suas diretrizes fundamentais, propôs um SUS organizado em RAS por meio da universalização do acesso, descentralização, regionalização e integração. Contudo, integrar os pontos de atenção à saúde ocorrerá por meio da adoção de sistemas nacionais de saúde com acessibilidade universal em detrimento da concepção seletiva do acesso (SILVA, SÍLVIO, 2011).

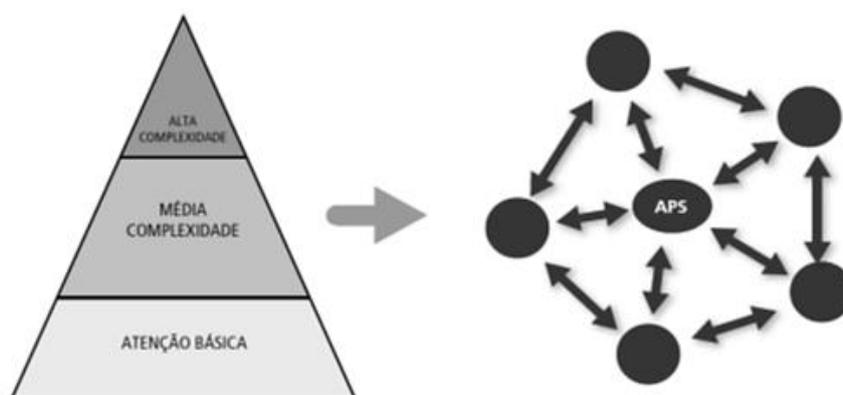
As RAS são conceituadas como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde de diferentes densidades tecnológicas. Estes são integrados entre si por meio de um sistema de apoio técnico, logístico e de gestão que, juntos, garantem a integralidade do cuidado às populações (BRASIL, 2010g). Nesse sentido, a singularidade das RAS é definida pela sua maneira de organização. Seus processos descentralizadores estruturam os serviços de saúde como pontos de atenção em uma rede e, com isso, devem possuir equipamentos de diferentes densidades tecnológicas, distribuídos igualmente entre os serviços (MENDES, 2011).

Com isso, as RAS objetivam melhorar a qualidade da atenção e de vida dos usuários, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN; HAM, 2008).

Caracterizam-se como organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde intercalados e vinculados entre si com o mesmo propósito e por uma ação cooperativa e

interdependente que permite ofertar uma atenção à saúde de forma contínua e integral a determinado grupo populacional. Coordenada pela APS, oferece, por meio de tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, a atenção no lugar certo, no tempo certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica para população (MENDES, 2011; LAVRAS, 2011) (Figura 1).

Figura 1 - Modelos de Atenção à Saúde



Fonte: Mendes, 2011.

Nesse sentido, as RAS fundamentam-se na cooperação entre unidades autônomas, que possuem elementos e objetivos comuns. Estas consistem em relações estáveis, inexistência de hierarquia, compartilhamento de objetivos comuns, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante de recursos (CASTELLS, 2000).

Além disso, apresentam a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde como elementos constitutivos. A população é a razão da existência de uma RAS. Sob sua responsabilidade sanitária e econômica, a população representa a base e característica essencial da atenção à saúde. Com isso, conhecer os usuários do sistema de saúde permite romper com as ações de saúde baseadas na demanda e oferta, características dos sistemas fragmentados e passar a ofertar atenção com base nas necessidades de saúde da população (BRASIL, 2015).

A estrutura operacional consiste nos nós da rede e, com isso nas ligações materiais e imateriais que unem esses diferentes nós, comunicando-os. Essa estrutura é composta de cinco componentes: 1) APS como centro de comunicação; 2) pontos de atenção à saúde de diferentes densidades tecnológicas; 3) sistemas de apoio; 4) sistemas logísticos e 5) sistema de governança da RAS. Os três primeiros correspondem ao nó da rede, e o quarto às ligações que comunicam os nós. O modelo de atenção à saúde, que pode ser voltado às condições agudas ou crônicas, é

a organização e funcionamento das redes que articula as populações com as suas necessidades sanitárias, demográficas, epidemiológicas e os determinantes sociais de saúde (BRASIL, 2010h; MENDES, 2011; BRASIL, 2015).

Essas características dão origem aos conteúdos essenciais das RAS, quais sejam: apresentar missão e objetivos comuns em sua organização de maneira cooperativa e interdependente. Nesse sentido, deve, sob coordenação da APS, organizar os recursos de forma poliárquica entre os serviços de diferentes densidades tecnológicas e promover uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas (MENDES, 2011).

Destaca-se nas RAS, o papel fundamental da APS como base dos modelos de atenção às condições crônicas. Para tanto, necessita apresentar um elevado grau de descentralização e capilaridade. Além disso, deve ser resolutiva, identificando riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletiva. Deve coordenar o cuidado, por meio de projetos terapêuticos singulares, gerenciando e acompanhando o fluxo dos usuários pelos pontos da RAS (BRASIL, 2012a; HARZHEIM, 2011).

Contudo, desde os fundamentos firmados em Alma-Ata, a APS perpassou diferentes interpretações. Isto se deu devido à dificuldade de os países em desenvolvimento alcançarem a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, diferentemente dos países industrializados, na qual a maioria já a tinha alcançado. Isto ocasionou equívocos de interpretação do real papel da APS no sistema de saúde. Primeiramente fora interpretada como um programa destinado a pessoas e regiões pobres. Posteriormente, em sua segunda interpretação, representou o primeiro nível de atenção do sistema de saúde. Em sua terceira e atual interpretação, a APS tornou-se a estratégia de organização de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2015).

Assim, a APS representa a porta de entrada preferencial do sistema de atenção à saúde. Deve organizar-se de maneira resolutiva para os problemas de saúde mais frequentes em sua população de abrangência, satisfazendo as demandas que lhe são de competência. No Brasil, para que seja possível exercer seu papel na reorientação do modelo assistencial, a APS, por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF), se faz presente em mais de 90% dos municípios brasileiros (BRASIL, 2012a; HARZHEIM, 2011; BRASIL, 2015).

Contudo, a APS como base dos modelos de atenção às condições crônicas, tem se mostrado inadequada. Frente a isso, inovações foram propostas para qualificar a atuação das equipes de saúde da família, dentre as quais, destaca-se o investimento em práticas de promoção da saúde, tanto individual como coletiva. Estas têm sido realizadas por meio de ações de

educação e comunicação, com foco no incentivo a mudanças comportamentais dos indivíduos. Mediante a participação de equipes capacitadas, os determinantes sociais que interferem na saúde da população adscrita tem sido superado (MEDINA et al., 2014).

No entanto, o predomínio da concepção biomédica acerca nos serviços de APS enfatiza a doença e limita as causas do estado de saúde ao autocuidado. Além disso, o discurso higienista e assistencialista torna os comportamentos individuais como responsáveis pela prevenção dos agravos a saúde, sob a óptica unicamente preventiva das ações em saúde. Isto prejudica a compreensão da necessidade de operacionalizar as ações na APS, com foco na promoção, proteção e recuperação da saúde (CÂMARA et al., 2012).

Com o advento da TARV na década de 90, o curso da infecção pelo HIV modificou-se, tornando a aids uma condição crônica. Isto tem exigido o enfrentamento de diversas situações, principalmente nos serviços de saúde. Nestes locais são depositadas as expectativas quanto ao tratamento e manutenção do estado de saúde, portanto espera-se que sejam satisfeitas as necessidades biológicas e psicológicas. Contudo, a concepção predominantemente clínica presente nos serviços especializados, inseridos em unidades hospitalares, tem exigido que abordagens integradas sejam incorporadas à formação e prática assistencial dos profissionais de saúde (MEIRELLES et al., 2010; DANTAS et al., 2014).

Além disso, o acometimento de mulheres pela aids (MANN, 1993; PADOIN; SOUZA, 2008; SILVA et al., 2010; ROCHA; SAMUDIO, 2013), sinaliza importantes questões para os serviços de saúde, como a gestação no contexto do HIV. A maternidade é uma condição social e cultural fortemente atrelada à mulher. Entretanto, no contexto da infecção pelo HIV, esse papel é executado em meio a exclusão social e estigmatização, oriundos da violência urbana e doméstica, violação dos direitos humanos, desigualdades étnico-raciais, pobreza e a possibilidade transmissão vertical do vírus (CARVALHO; PICCININI, 2008; PADOIN; SOUZA; PAULA, 2010).

No Brasil, no ano de 2014 houve 3.692 casos de infecção pelo HIV em gestantes, o que repercutiu em 159 casos de aids em menores de cinco anos. Embora o uso de antirretrovirais reduza a taxa de transmissão vertical a 1%, esta categoria de exposição foi responsável por 100% dos casos de aids em crianças. Estes dados mostram que, apesar do Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) tenha estabelecido como uma de suas metas a redução de novas infecções pelo HIV em crianças até o ano de 2015, a realidade brasileira revela-se aquém da ideal quanto à remissão de novos casos (BRASIL, 2010i; BRASIL, 2014; UNAIDS, 2013).

Frente a isso, por meio de portarias e normas técnicas, estratégias têm sido implantadas e aperfeiçoadas no país. Essas se pautam na distribuição de insumos como testes rápidos,

exames de seguimento e antirretrovirais (BRASIL, 2010e). O projeto Nascer-Maternidades, do ano de 2002, foi proposto diante da necessidade de qualificação da assistência pré-natal, no que tange a garantia do diagnóstico precoce do HIV e sífilis. Por meio do fortalecimento das ações de controle da infecção materna, o momento do parto pode favorecer a recuperação de oportunidades de prevenção da transmissão vertical e da morbidade e mortalidade por sífilis congênita. Isto ocorre devido ao encontro obrigatório da parturiente com o serviço de saúde hospitalar (BRASIL, 2002; SANTOS, E. et al., 2010).

As ações de controle da transmissão vertical do HIV intensificaram-se em 2005, na qual, por meio do Programa Nacional de DST-AIDS, formularam-se as Recomendações de Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes. Essas foram atualizadas e especializadas, a partir da revisão das Recomendações de TARV e demais condutas preventivas à transmissão vertical. Passou-se a orientar a utilização de antirretrovirais combinados, mediante genotipagem pré-tratamento, realização de cesariana eletiva no parto e quimioprofilaxia com Zidovudina à parturiente e ao recém-nascido, além do aconselhamento da inibição da lactação (BRASIL, 2007).

Contudo, tendo em vista que a redução da vulnerabilidade feminina à epidemia apresenta-se diretamente relacionada à minimização da incidência de aids na população infantil, no ano de 2007 foi criado o Plano Integrado de Enfrentamento da feminização do HIV e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs). Suas ações voltaram-se aos três níveis de vulnerabilidade feminina: poder de negociação sexual, qualidade do atendimento nos serviços de saúde e empoderamento das mulheres (BRASIL, 2010f).

Nesse sentido, por meio da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha propõe assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto, puerpério e na ocorrência de abortamento. Às crianças, prevê o nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis, incluindo a realização do Teste Rápido HIV/Sífilis/Gravidez, na APS (BRASIL, 2011). Ainda, a portaria 77, de 12 de janeiro de 2012 regulamenta a disponibilização de testes rápidos para a detecção de HIV, Sífilis e outros agravos na APS, durante a atenção pré-natal, às gestantes e seus parceiros sexuais (BRASIL, 2012b).

A Rede Cegonha trata-se de uma rede temática pactuada no SUS, que foi implementada tendo em vista a fragmentação do modelo de atenção à saúde que, sendo hegemônico, torna-se inapropriado para a situação epidemiológica do Brasil. Com isso, prevê-se que a responsabilidade pelo componente pré-natal é da APS, que deve coordenar o cuidado em quaisquer rede temática. Nesse sentido, a APS deve estratificar as vulnerabilidades e, a partir

disso, realizar a transferência aos demais pontos de atenção na RAS. Portanto, toda gestante deve realizar pré-natal na APS (BRASIL, 2015).

Contudo, às gestantes vivendo com HIV, ainda que a Rede Cegonha garanta a detecção e TARV durante a gestação, parto, puerpério e à criança exposta ao HIV, não há diretrizes que fundamentem e organizem o fluxo das mulheres vivendo com HIV pela RAS. Além disso, a rede temática às doenças crônicas não prevê a aids como tal condição, mesmo estabelecendo ações de promoção, proteção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, por meio da atuação conjunta entre APS e serviço especializado (BRASIL, 2015).

A dificuldade de articulação da atenção à saúde da gestante vivendo com HIV reflete na fragmentação das ações. Estas se mostram insuficientemente abrangentes nas unidades de APS, devido a questões como elevadas demandas e à rotinização das atividades relacionadas ao pré-natal e à assistência à mulher no geral. Ainda, a resistência à adoção de novas tecnologias de cuidado, como o aconselhamento e a educação sexual, provoca a persistência de mitos e preconceitos quanto às mulheres vivendo com HIV (BRASIL, 2010e).

Além disso, a fragilidade na transferência entre os pontos da RAS, como os serviços de APS, especializado e maternidade, revela os obstáculos na integração entre os diferentes pontos de acesso na rede. Nessa perspectiva, necessita-se incorporar a combinação de novas maneiras de abordagem do HIV, considerando a implementação e manutenção de políticas públicas preventivas e assistenciais, objetivando o acesso irrestrito e facilitado a toda a população. Ainda, mudanças estruturais e fortalecimento dos sistemas de saúde, podem reduzir a vulnerabilidade ao HIV, resultando em uma maior cobertura e maior efetividade da atenção (SANTOS, N. et al., 2009; CHEQUER, 2010; VAL; NICHIATA, 2014).

A proposta de ampliação da APS, que a transformou na porta de entrada preferencial do sistema de saúde, aproximou os serviços dos locais de moradia dos usuários. Com isso, o acesso, o vínculo e a atenção continuada centrada no indivíduo necessitam ser favorecidos. Entretanto, as equipes que atuam nos serviços de APS parecem não proporcionar o acesso facilitado aos usuários. Isto ocorre devido a inexistência de tecnologias consolidadas e do acolhimento às demandas de saúde da população (MARSIGLIA, 2012; CAMPOS et al., 2014; TESSER; NORMAN, 2014).

Nesse sentido, a melhoria do acesso à APS exige a reformulação dos serviços, bem como a revisão dos parâmetros da ESF pelos órgãos responsáveis. A APS pode tornar-se mais acessível aos cidadãos por meio de estímulos aos profissionais, para que migrem e fixem-se nesse campo de atuação. A proporcionalidade entre equipe e população adscrita é um facilitador

do atendimento qualificado e longitudinal. Além disso, as avaliações da APS são abrangentes, porém, não avaliam especificamente a situação do acesso e quando o fazem, abordam de maneira superficial ou tangencial. Isso justifica a ampliação dos esforços para uma melhor compreensão desta questão e indica a necessidade de repensá-la (TESSER; NORMAN, 2014).

Tendo em vista que a acessibilidade relaciona-se com a possibilidade de ingresso nos serviços de saúde e o acesso a maneira oportuna de atendimento das reais necessidades dos usuários (CAMPOS et al., 2014), apesar da APS representar a porta preferencial de entrada, também, às gestantes vivendo com HIV (HALLAL et al., 2010), essas ações parecem ser insuficientemente abrangentes nesses serviço. Com isso, frente à necessidade de conhecer as evidencias científicas deste atributo na atenção à saúde de gestantes vivendo com HIV, realizou-se uma revisão integrativa.

2.2 ARTIGO 1 - ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR GESTANTES COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA¹

DOI 10.18471/rbe.v31i2.17437

1
Revisão

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE POR GESTANTES COM HIV: REVISÃO INTEGRATIVA

Raquel Einloft Kleinubing¹
Cristiane Cardoso de Paula²
Stela Maris de Mello Padoin²
Tamiris Ferreira³
Fernanda Severo da Silva⁴

Objetivo: avaliar a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde pelas gestantes que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). **Método:** revisão integrativa realizada nas bases de dados LILACS, PubMed e SCOPUS no período de janeiro de 2016, totalizando 39 produções. Para avaliação crítica dos estudos primários utilizou-se a classificação do nível de evidência. **Resultados:** a acessibilidade tem esbarrado nos aspectos: tempo, horário de funcionamento, insuficiência de insumos, transporte, localização, custos, estrutura dos serviços, estigma, ausência de apoio, acesso a conhecimentos, privacidade, confidencialidade e relação profissional-usuária. Quanto à utilização dos serviços de saúde, o mesmo foi limitado ao exame anti-HIV e apresentou profilaxia incompleta. O tipo de uso dos serviços incluiu exames, uso de antirretrovirais, pré-natal e parto. **Conclusão:** a acessibilidade e a utilização dos serviços pelas gestantes com HIV encontram barreiras relacionadas ao tempo, à localização e aos aspectos psicossociais.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Gestantes. HIV. Aids.

Objective: to evaluate the accessibility and use of health services by pregnant women living with human immunodeficiency virus (HIV). Method: integrative review carried out in the LILACS, PubMed and SCOPUS databases in January 2016, totaling 39 articles. The classification of the level of evidence was used for critical evaluation of primary studies. Results: accessibility has been hindered by aspects such as time, hours of operation, insufficiency of inputs, transportation, location, costs, structure of services, stigma, lack of support, access to knowledge, privacy, confidentiality and professional-user relationship. Regarding the use of health services, this was limited to anti-HIV tests and presented incomplete prophylaxis. The type of use of services included tests, antiretroviral treatment,

¹ Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. raquel_e_k@hotmail.com

² Enfermeiras. Doutoradas em Enfermagem. Docentes do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. cris_depaula1@hotmail.com; stelamaris_padoin@hotmail.com

³ Enfermeira. Mestranda em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. tamirisf26@hotmail.com

⁴ Acadêmica de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Maria. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. feh.severo@hotmail.com

¹ Artigo publicado. *Link* para acesso: <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/17437/14633>

3 ESTRATÉGIA DE TRADUÇÃO DO CONHECIMENTO

A Tradução do Conhecimento (TC) em saúde provém da premência de que os resultados de pesquisa ultrapassem a disseminação entre os pares, mobilizando o conhecimento para preencher a lacuna existente entre o que se sabe e o que se faz.

Essa tradução visa tornar o conhecimento acessível e útil à população, de modo que interfira positivamente na vida das pessoas, famílias e sociedade, para melhores práticas. O *Canadian Institute of Health Research (CIHR)* define a *knowledge translation* como um “processo dinâmico e interativo que inclui síntese, divulgação, troca e aplicação eticamente aceitável do conhecimento para melhorar a saúde, oferecendo serviços e produtos mais efetivos e um sistema de saúde fortalecido”² (STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2013, p.4).

Neste sentido, se reconhece tanto que a evidência sozinha não é suficiente para tomada de decisão, quanto que os resultados precisam ser traduzidos em linguagem acessível à população (público-alvo ou usuário do conhecimento), sejam profissionais e/ou gestores sejam usuários, de maneira consistente e satisfatória. Assim, a TC é um modelo conceitual que busca preencher a lacuna entre teoria e prática, ou seja, traduzindo conhecimento para a ação (STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2013).

Esse movimento do conhecimento à ação se dá a partir da busca pela conscientização dos usuários quanto àquilo que já foi produzido, que pode qualificar a atenção às suas demandas, transpondo a lacuna que existe entre o saber e o fazer nos serviços de saúde de maneira participativa. A participação do público-alvo do conhecimento é incorporada e a tradução é construída de modo participativo, repercutindo positivamente, inclusive, na manutenção do uso do conhecimento na prática. Assim, entende-se que evidência não é exclusiva da pesquisa, mas compreende a experiência das pessoas; e reconhece-se a influência das ciências sociais, que considera que existem várias maneiras do conhecimento ser produzido (CABRAL et al., 2017; CABRAL et al., 2018).

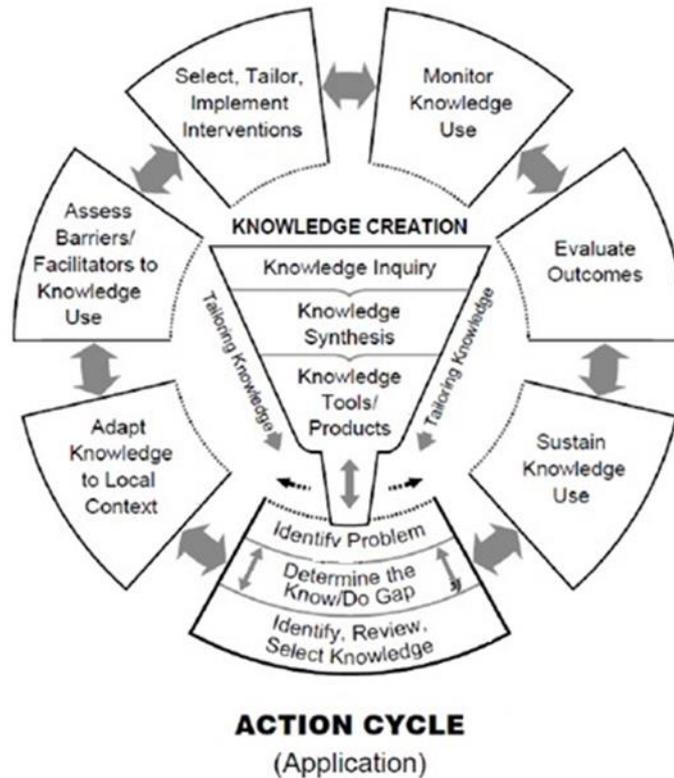
A Figura 2 ilustra o funil de criação do conhecimento e as fases do ciclo de ação (ou aplicação), podendo ser usadas de diferentes maneiras. O modelo conceitual da TC não condiciona o uso de uma abordagem metodológica ou ferramenta de produção ou técnica de análise de dados, mas é coerente com a abordagem participativa.

O ciclo de criação pode ser integrado na aplicação do conhecimento (*Integrated Knowledge Translation* - iKT) ou o vazio pode ser a aplicação de uma ferramenta já criada

² Tradução nossa

(*end-of-grant*), portanto, ciclos independentes (STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2013).

Figura 2 - Estratégia de Tradução do Conhecimento



Fonte: STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2013.

Tanto o ciclo de criação quanto o ciclo de ação são determinados pela identificação do problema. O ponto de partida para a TC é a identificação da lacuna de conhecimento para a ação, ou seja, o vazio entre a evidência e a prática. Para tanto, se desenvolve o estudo de revisão de evidências científicas, que delimita o problema. Assim, começa a transformar o conhecimento científico em ação. Durante cada fase, o pesquisador adapta as atividades às necessidades do público-alvo do conhecimento.

O ciclo de criação de conhecimento é estruturado em um funil com três fases:

- na base mais ampla, investigação do conhecimento (*knowledge inquiry*);
- no centro, síntese do conhecimento (*knowledge sintesis*);
- na ponta, ferramentas/ produtos de conhecimento (*knowledge tools/products*).

A fase de **investigação do conhecimento** refere-se ao conhecimento de primeira geração (pesquisa empírica). Enquanto a fase de **síntese do conhecimento** refere-se ao conhecimento de segunda geração (estudo de revisão). Na fase de **ferramentas de**

conhecimento, refere-se ao conhecimento de terceira geração, quando são criados produtos para orientar as práticas de saúde junto à população, como diretrizes, protocolos, entre outros, para orientar a tomada de decisão consciente, aumentando sua participação no processo de atenção à saúde (STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2013).

As fases de criação do conhecimento podem influenciar as fases de ação em vários pontos do ciclo, incluindo os processos necessários para implementar o conhecimento em cenários de saúde. Este ciclo é continuamente e constantemente delineado para que a TC ocorra de forma eficiente (STRAUS, TETROE, GRAHAM, 2013).

O ciclo de ação é o processo pelo qual o conhecimento é implementado; está estruturado em sete fases, que podem ocorrer sequencialmente ou simultaneamente:

- identificar, revisar e selecionar o conhecimento;
- adaptar o conhecimento ao contexto local;
- avaliar as barreiras ao uso do conhecimento;
- selecionar, adaptar e implementar intervenções;
- monitorar o uso do conhecimento;
- avaliar os resultados ou o impacto do uso do conhecimento;
- manter o uso do conhecimento.

Na fase de **identificação, revisão e seleção do conhecimento** o pesquisador pode usar diferentes métodos e técnicas, desde que envolva ativamente o conhecimento público. Esta identificação pode ocorrer a partir da perspectiva do usuário, profissional e/ou gerente. A seleção dos participantes dependerá da coerência com o objetivo.

Assim como se considera o público-alvo, é necessário considerar o contexto, visando a qualidade da tradução e a aplicabilidade da evidência na prática. É imprescindível **adaptar o conhecimento ao contexto local**, porque as condições socioeconômicas e políticas implicam na viabilidade e, conseqüentemente, na resolutividade das estratégias para transformação da realidade. Entretanto, há mais investimento na criação de ferramentas do que na adaptação para uso. A adaptação deve ser desenvolvida de modo sistemático e participativo, e deve considerar as necessidades, prioridades, legislação, políticas e recursos.

Para **avaliar as barreiras ao uso do conhecimento** pode ser usado tanto método quantitativo e qualitativo, com diferentes técnicas, inclusive existem instrumentos para tal. Para **selecionar, adaptar e implementar as intervenções**, primeiro é necessário reconhecer se é uma intervenção direta ou mediada, a fim de considerar público de conhecimento, seja usuário, profissional e/ou gestor.

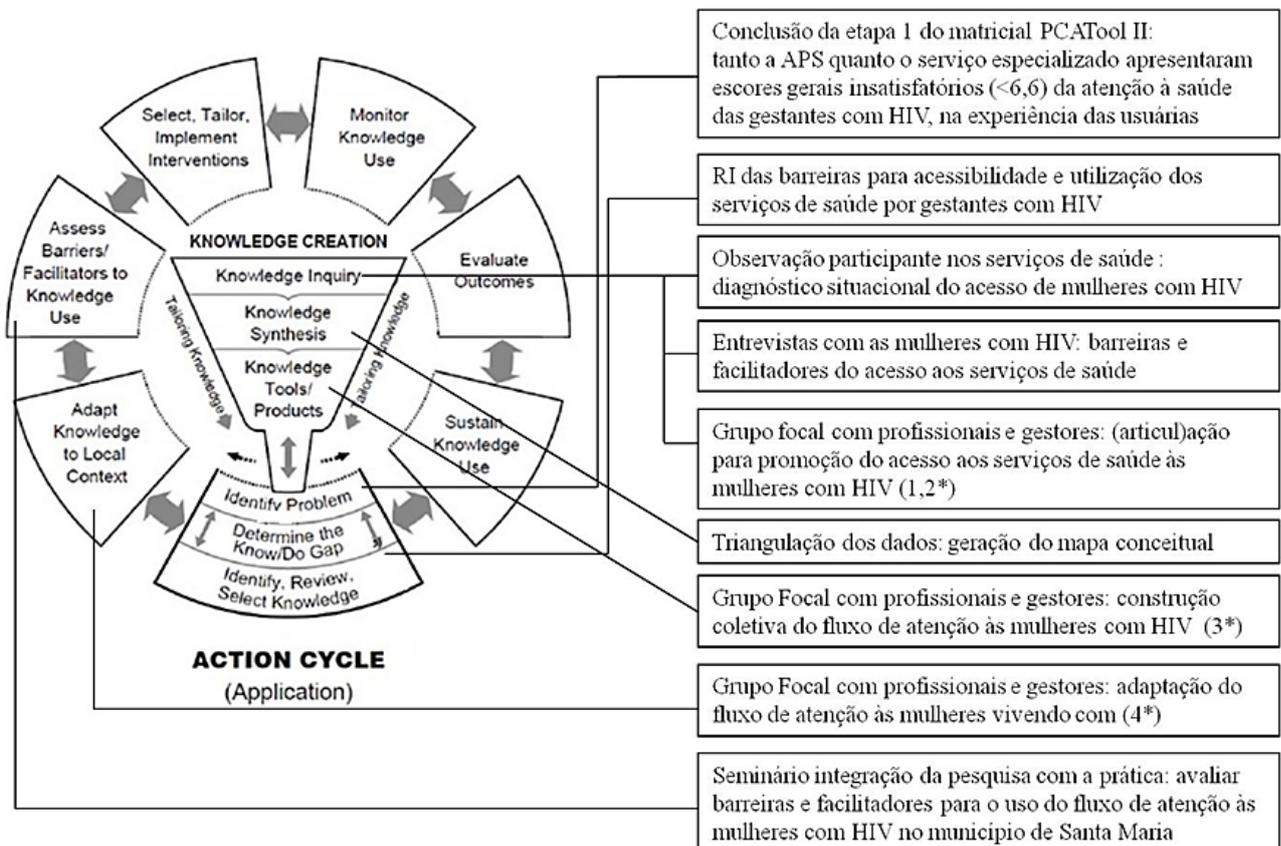
O **monitoramento do uso do conhecimento** determina como e até que ponto o foi disseminado na população pretendida. Por vezes, há necessidade de diferentes estratégias de monitoramento, e existem algumas ferramentas para tal. Para **avaliar o impacto do uso de conhecimento** podem ser aplicados métodos quantitativos explícitos e rigorosos e/ou qualitativos. Por fim, a fase de **manter o uso do conhecimento** refere-se à aplicação contínua de inovação ao longo do tempo. Isso depende da capacidade de adaptação às mudanças seja na instituição, seja no público-alvo.

Portanto, ao compreender o conceito de TC e os ciclos de criação e de aplicação de ferramentas em saúde de maneira participante entre profissionais de saúde, usuários, gestores e pesquisadores, aponta-se a convergência entre este Modelo Conceitual e a abordagem qualitativa do tipo Pesquisa Participante para desenvolver coletivamente ações para promoção do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado de Santa Maria/RS, objetivo de estudo desta pesquisa de tese de doutorado.

4 MÉTODO

O desenvolvimento desta pesquisa seguiu as fases propostas pela estratégia de TC, inicialmente desenvolvendo o funil de criação, que culminou na fase de adaptação do conhecimento ao contexto local do ciclo de criação e o comprometimento da doutoranda com a fase de avaliação das barreiras ao uso do conhecimento, em trâmites de agendamento com a gestão (Figura 3).

Figura 3 - Estratégia de Tradução do Conhecimento aplicado na pesquisa participante de desenvolvimento coletivo de ações para promoção do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado de Santa Maria/RS



Legenda: RI: revisão integrativa, *encontros de grupo focal.

Fonte: Modelo de Straus, Tetroe, Graham (2013), aplicado à pesquisa.

A descrição metodológica será apresentada com detalhamento do: tipo de estudo, população e campo de estudo, coleta de dados, análise dos dados e dimensão ética da pesquisa. Conforme apresentado a seguir.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Conforme relatado anteriormente (apresentação), este relatório de tese de doutorado integra o projeto matricial intitulado “Avaliação da atenção primária à saúde das mulheres com HIV” (PCATool II Mulheres) (2014-2018). O projeto matricial teve como objetivos avaliar a presença e a extensão dos atributos da APS, segundo o instrumento PCATool- Brasil; desenvolver coletivamente ações para o acesso aos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV, e avaliar a percepção do suporte social percebido.

A tese respondeu ao segundo objetivo do projeto matricial por meio de uma abordagem qualitativa do tipo Pesquisa Participante. A abordagem qualitativa representa a compreensão, descrição e análise da realidade, o que possibilita desvelar os produtos das interpretações que os seres humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Por meio desta, pode-se obter detalhes acerca da experiência dos sujeitos em relação a um determinado fenômeno (MINAYO, 2010).

A Pesquisa Participante, por sua vez, consiste em um tipo de pesquisa social que se origina e reelabora diferentes modelos de conhecimento por meio da pesquisa científica. Reconhece que os sujeitos e culturas são fontes originais de saber, suscitando a progressiva relação sujeito-sujeito, advinda da relação sujeito-objeto, investigador-educador e os grupos populares. Por meio desta interação, há a construção compartilhada da compreensão da realidade social, ou seja, a articulação entre o conhecimento científico e o popular, proporciona a construção crítica de um terceiro conhecimento novo e transformador (BRANDÃO; BORGES, 2007).

Operacionalmente, a Pesquisa Participante seguiu as fases (LE BOTERF, 1985):

- 1^a) Montagem institucional e metodológica da pesquisa participante;
- 2^a) Estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo;
- 3^a) A colocação dos problemas;
- 4^a) Programação e execução de um plano de ação.

Por meio destas fases, intencionalmente, o pesquisador busca respostas para um determinado problema, promove a análise grupal do conhecimento e a forma como vai ser utilizado na realidade, examina criticamente a informação, estabelece as causas dos problemas, as possibilidades de solução e propõe encaminhamentos (SILVA; PADOIN; VIANNA, 2013).

4.2 CAMPO DE ESTUDO

Para a população de mulheres sabidamente vivendo com HIV, o cuidado clínico durante a gestação e parto é realizado nos serviços especializados como a Casa Treze de Maio, Ambulatório de Doenças Infecciosas, unidade tocoginecológica, Ambulatório de Gestação de Alto Risco (AGAR), Centro Obstétrico (CO) e unidade de dispensação de medicação do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Àquelas mulheres que não possuem diagnóstico positivo para o HIV, ou que não conhecem seu diagnóstico, a atenção à saúde pode ocorrer nos serviços de APS, na qual o diagnóstico precoce da infecção pode ser obtido por meio do teste rápido anti-HIV realizado na APS.

A produção de dados teve como cenário o município de Santa Maria, RS, Brasil, região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Município com aproximadamente 300.000 habitantes, 31 serviços de APS, dos quais 18 Unidades Básicas de Saúde tradicionais (UBS), com cobertura de 21% da população, 13 Estratégia Saúde da Família (ESF) com cobertura de 19%. Segundo dados nacionais da epidemia, Santa Maria ocupava em 2014, ano da coleta desta pesquisa, a 10ª posição no ranking nacional dos 100 municípios com mais de 100.000 habitantes, segundo índice composto. Atualmente, ocupa a 94ª posição, tendo entre os 20 primeiros ranqueados, dez pertencem à região Sul, seis dos quais no Rio Grande do Sul (RS), o que reitera a necessidade de avaliação da qualidade dos serviços que atendem a esta população. Conta com dois serviços especializados para HIV, um municipal (Casa Treze de Maio) e outro federal (HUSM), sendo esse um hospital de ensino, referência para 32 municípios do Estado, integrantes da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS).

O HUSM, fundado em 1970, é um hospital público, geral e de referência para a região centro-oeste do RS, contemplando a 4ª CRS. É um órgão integrante da UFSM, RS, Brasil, portanto atua como hospital universitário federal. Nesse sentido, sua atenção apresenta-se pautada nos princípios e diretrizes do SUS e voltada para o desenvolvimento da pesquisa, extensão e assistência. Os profissionais de saúde foram acessados no ambulatório adulto de infectologia, na unidade toco ginecológica, no AGAR, no centro obstétrico e na unidade de dispensação de medicação. Estes setores do HUSM realizaram o acompanhamento de aproximadamente 109 gestantes vivendo com HIV desde 2012 até 2015.

A Casa Treze de Maio, inaugurada em 2004, é um órgão municipal de responsabilidade da prefeitura de Santa Maria. Nesse local é realizado, juntamente com o Ambulatório de Doenças Infecciosas do HUSM e a Política Municipal em HIV de Santa Maria, o acompanhamento clínico das pessoas vivendo com HIV. Por meio de consultas, exames,

atendimentos e informações acerca do HIV, visa a integração entre os serviços de saúde para que os usuários possam receber uma atenção de qualidade (PEREIRA; SILVA, 2008).

4.3 POPULAÇÃO DO ESTUDO

Gestantes ou aquelas que foram gestantes vivendo com HIV, bem como profissionais de saúde dos serviços de APS e especializados no atendimento de HIV e os gestores responsáveis pela saúde das mulheres e das pessoas vivendo com HIV.

4.3.1 Mulheres vivendo com HIV

Foram participantes do estudo 14 mulheres vivendo com HIV que em algum momento do período gestacional foram atendidas nos serviços públicos de APS e/ou serviço especializado.

As participantes foram localizadas nos campos de coleta dos dados no período de setembro de 2016 a agosto de 2017, para a etapa de entrevistas. O convite para participar da pesquisa foi feito presencialmente às mulheres. Previamente ao início da etapa das entrevistas, a pesquisadora compareceu aos campos de coleta de dados e verificou, juntamente aos profissionais dos serviços, os dias em que possivelmente eram atendidas mulheres que foram gestantes, vivendo com HIV, assim como os dias em que havia consulta de pré-natal de gestantes com HIV.

A partir desse levantamento, elaborou-se um cronograma de coleta de dados, na qual a pesquisadora elencava dias específicos para comparecer aos serviços. A pesquisadora verificou os dias de consultas da população do estudo, a partir da agenda de atendimento médico. Salienta-se que foram respeitados os preceitos éticos de sigilo diagnóstico.

4.3.2 Profissionais e gestores

Foram participantes profissionais de saúde do Ambulatório de Doenças Infecciosas, da unidade tocoginecológica, do AGAR, do CO e da unidade de dispensação de medicação do HUSM; profissionais das 31 APS de Santa Maria/RS/Brasil, tanto das UBS quanto das ESF, bem como da casa Treze de Maio. A Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria foi representada pelos gestores.

Esleceu-se como **critérios de inclusão**: ser profissional atuante nos serviços de APS e

Especializado e que desenvolvam ações de atenção à saúde da mulher no município de Santa Maria/RS. Como **critérios de exclusão**: profissionais contratados que não pertencentes ao quadro efetivo do município ou aqueles que estivessem em atestado de saúde ou afastamento do trabalho no período de coleta de dados.

Durante a etapa da observação participante, a pesquisadora compareceu aos campos de coleta de dados, no qual apresentou o objetivo proposto no presente estudo, realizando esclarecimentos acerca de eventuais dúvidas e questionamentos que surgiram quanto à operacionalização das observações participantes e das entrevistas com as usuárias que se encaixassem na população de estudo que poderiam ser feitas na ocasião das observações (a operacionalização da observação participante e das entrevistas com as mulheres foi descrita detalhadamente no item 4.4. Coleta de Dados). Nesta ocasião, ao apresentar a pesquisa, a pesquisadora orientou os profissionais quanto ao convite formal que posteriormente foi realizado para participação na etapa do Grupo Focal (GF). Esta conduta foi adotada, também, com os gestores convidados a participar do GF.

Por meio de um convite formal a todos os campos da pesquisa, foi possível identificar o número de participantes interessados, bem como a identificação do melhor local, o dia e horário para a realização do primeiro encontro grupal.

Foi levado um convite impresso para os serviços contendo endereço, data e horário do primeiro encontro, para que todos os profissionais pudessem ter acesso às informações sobre a pesquisa, optando ou não em participar. Os profissionais e gestores interessados em participar compuseram uma lista com seu nome e telefone. A pesquisadora entrou em contato, na semana do primeiro encontro, para recordar as principais informações e confirmação dos mesmos.

Previu-se a representação de cada categoria profissional (enfermeiro; médico, farmacêutico, psicólogo, nutricionista, assistente social, ACS e gestores da atenção à saúde da mulher no município), bem como de cada serviço (APS, Casa Treze de Maio e HUSM). Compuseram o GF um total de oito profissionais e três gestores, com representação de enfermeiros, psicólogos e ACS.

4.4 COLETA DE DADOS

Mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM registro 57042216.0.0000.5346, em 13/07/2016, a coleta de dados teve início no segundo semestre de 2016, de maneira a contemplar as fases da Pesquisa Participante, descritas nos tópicos a seguir:

4.4.1 Montagem institucional e metodológica da pesquisa participante:

A Pesquisa Participante prevê a inserção, antecipadamente, do pesquisador no campo de estudo para que este conheça a realidade do mesmo, seja reconhecido por aqueles que nele atuam e que o objetivo de pesquisa seja comum acordo entre o campo e o pesquisador (LE BOTERF, 1985).

Para tanto, a participação da doutoranda como observadora participante na etapa de campo de outra pesquisa no mesmo cenário, possibilitou a ambientação com os campos de coleta de dados. Com isso, foi possível conhecer a organização dos serviços e os profissionais que neles atuam, o que favoreceu a inserção no campo e sistematização dessa etapa da atual pesquisa.

Apointa-se, ainda, a participação, no período de outubro de 2015 até julho de 2016, como facilitadora no Projeto de Planificação da APS nos municípios da 4ª CRS do Rio Grande do Sul. Esta planificação visou capacitar os profissionais de saúde atuantes nesse cenário a modificar o modelo vigente de saúde (fragmentado e hierarquizado), com vistas à execução da atenção à saúde por meio das RAS, com coordenação exercida pela APS. A atuação nas oficinas de Planificação proporcionou a aproximação teórica e prática acerca das RAS, com o objeto do estudo (o acesso das mulheres vivendo com HIV aos serviços de atenção à saúde).

Além disso, durante o segundo semestre de 2018 a doutoranda participou novamente do Projeto de Planificação da APS, dessa vez como apoiadora interna, capacitando os facilitadores que darão continuidade ao projeto nos municípios que aderiram.

Esta etapa de montagem institucional e metodológica previu, ainda, o contato da pesquisadora com os prováveis campos de estudo, com vistas à autorização institucional, bem como com os participantes. Nesta ocasião, a pesquisadora e sua auxiliar de pesquisa (devidamente capacitada) foram apresentadas aos prováveis participantes (profissionais e gestores), realizando os esclarecimentos necessários.

A etapa de observação nos serviços de APS e Especializado contribuiu para a identificação do problema a ser pesquisado. A operacionalização da observação participante nesses serviços está descrita a seguir:

No período de junho a agosto de 2017 foram realizadas 45 horas de observações da estrutura e funcionamento dos serviços (19h30 no HUSM, 16h30 na Casa Treze de Maio e 8h na APS) e, quando havia possibilidade, observava-se o atendimento das mulheres nos serviços de APS e Especializado. Salienta-se que a observação foi do tipo participante, pois a observadora não atuou apenas como expectadora do objeto de estudo, ou seja, colocou-se na

posição dos outros elementos envolvidos no fenômeno estudado (GODOY, 1995). A utilização da técnica de observação foi proposta tendo em vista a necessidade de apreensão dos comportamentos e acontecimentos.

Foram observados aspectos relacionados à acessibilidade e utilização nos serviços de APS e Especializado presentes no roteiro de observação (APÊNDICE A) que, juntamente às conversas informais, possibilitaram a obtenção de um diagnóstico situacional do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços no município cenário desta pesquisa. A observação aconteceu no HUSM (ambulatório de doenças infecciosas, AGAR e maternidade), na Casa Treze de Maio e na APS (em um serviço de UBS e outro de ESF).

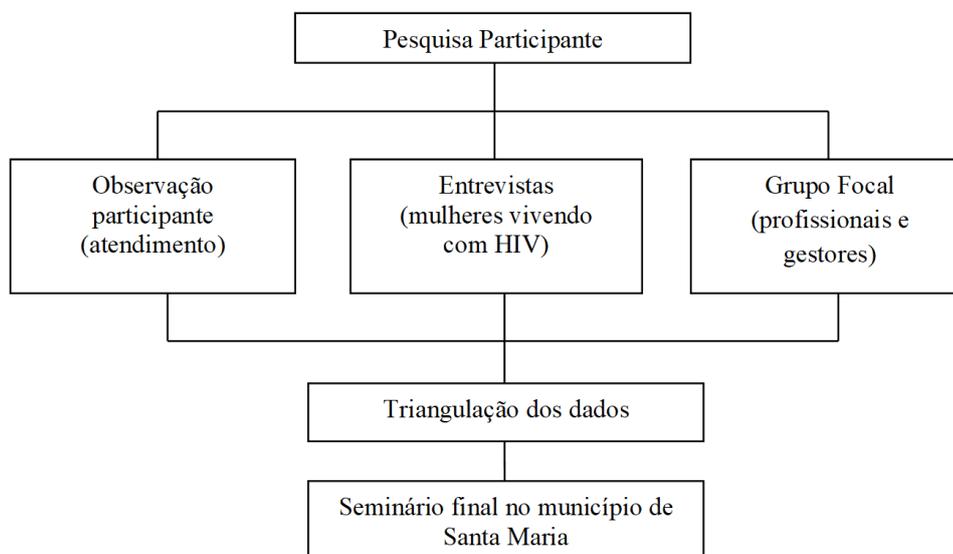
Embora não tenha sido possível observar todos os itens contidos no roteiro, devido às diferentes características de cada campo, a observadora acompanhou os profissionais em todos os procedimentos e ações que fossem possíveis, tendo em vista que assim seria possível extrair o maior número de acontecimentos relacionados ao objeto de estudo. Como recurso de anonimização, foi utilizado o código NO, fazendo referência a “Nota de Observação”, seguida do serviço de saúde correspondente.

Todos os campos observados foram receptivos e mostraram-se disponíveis para colaborar com o andamento da pesquisa. Nesse sentido, além da observação de elementos estruturais e processuais do acesso nos serviços, houve o surgimento de demandas de observação participante quando, em um dos campos, a pesquisadora foi convidada a participar de testagens rápidas, auxiliando os profissionais a realizar os registros e orientações referentes aos testes rápidos, HIV e outras infecções sexualmente transmissíveis, utilização de preservativos, janela imunológica, dentre outros. Além disso, foi possível, mediante o contato com os profissionais nos dias de observação em cada campo, estabelecer vínculos que favoreceram a continuidade da etapa de coleta de dados, por meio do GF.

4.4.2 Estudo preliminar e provisório da zona e da população em estudo:

As técnicas de coletas dos dados foram operacionalizadas da seguinte maneira:

Figura 4 - Operacionalização da coleta dos dados. Santa Maria, RS, Brasil. 2015



Fonte: autora.

Conjuntamente à observação participante, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE B) com as mulheres vivendo com HIV. A utilização da técnica de entrevista permite intensificar a relação intersubjetiva entre o entrevistador e o participante. As trocas verbais e não verbais presentes no momento da entrevista possibilitaram a melhor compreensão dos significados, dos valores e opiniões dos atores sociais, acerca do que se deseja investigar. Além disso, proporcionou a flexibilização na condução e avaliação do processo de pesquisa, tendo em vista que o participante se apresentou ativo durante a construção da interpretação realizada pelo entrevistador. Na pesquisa qualitativa, tal técnica representou uma modalidade de triangulação, pois concedeu ao participante a oportunidade de validar o que foi dito, não se restringindo a interpretação pelo pesquisador, do conteúdo da entrevista (FRASER; GONDIM, 2004).

A condução das entrevistas considerou a aproximação e ambientação ao cenário do estudo, que permitiu o acesso às participantes da pesquisa e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). A análise foi realizada concomitantemente à coleta, encerrando-se quando houve suficiência dos significados expressos.

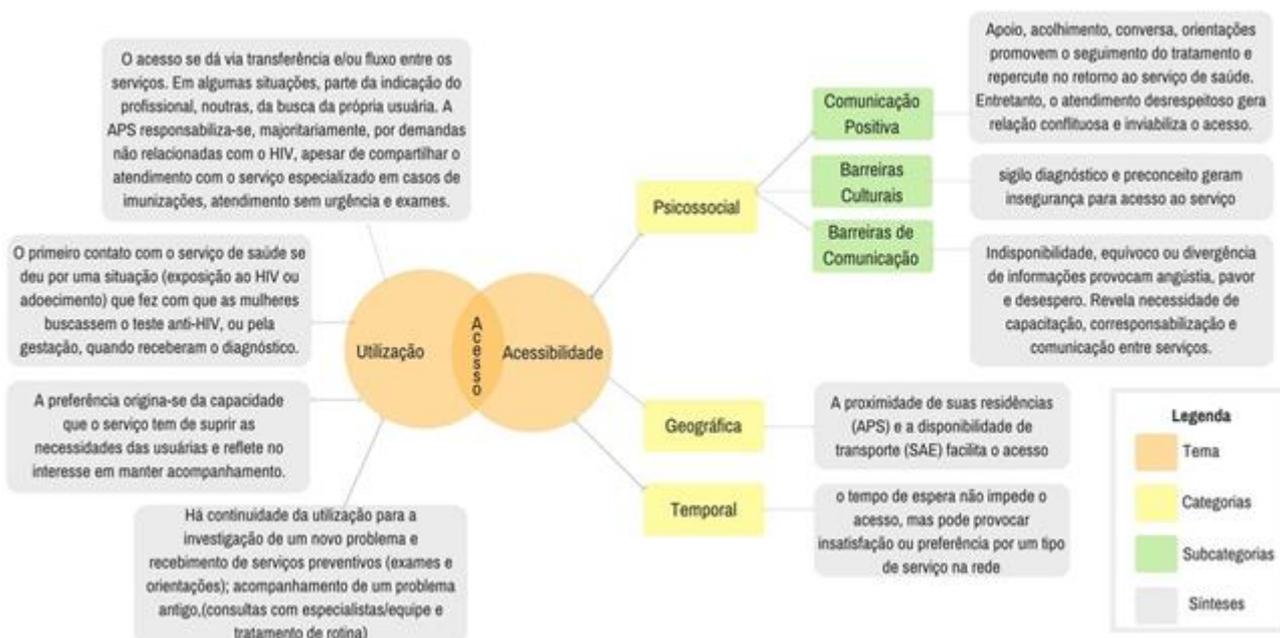
Foram realizadas 14 entrevistas com as mulheres vivendo com HIV, nos serviços de APS e Especializado. A pesquisadora e sua auxiliar questionavam a disponibilidade de salas para a condução da entrevista e acessavam as prováveis participantes sem que houvesse interferência no andamento das consultas. O convite para participar da pesquisa foi feito

individualmente, no qual as mulheres eram abordadas enquanto aguardavam para serem atendidas e convidadas a acompanhar a pesquisadora em sala separada para tal finalidade. Nesse momento, foram esclarecidos os aspectos da pesquisa e realizado o convite, respeitando-se a privacidade e o sigilo diagnóstico das mulheres. Como recurso de anonimização, foi utilizado o código NE, fazendo referência a “Nota de Entrevista”, seguida do número correspondente a participante.

Para a condução das entrevistas semiestruturadas, a pesquisadora necessitou lançar mão de mecanismos de flexibilização dos questionamentos, na tentativa de dar fluência às perguntas. Tais mecanismos tinham o objetivo de deixar as participantes confortáveis e mais confiantes durante as entrevistas. Nesse sentido, a pesquisadora procurou desconstruir o ambiente conversando com as participantes, principalmente com aquelas mais retraídas. Fez-se uso de perguntas abertas, para que pudessem se sentir livres para falar sobre o tema. Entretanto, tendo em mãos o roteiro de entrevista, a pesquisadora mantinha-se atenta para retomar os questionamentos e redirecionar a entrevista para o objeto de estudo.

A triangulação das informações obtidas por meio das entrevistas e da observação participante culminou na elaboração da Figura 5.

Figura 5 - Resultados obtidos a partir da triangulação das entrevistas e observação participante



Fonte: autora.

Foram realizados encontros de Grupo Focal (GF) com profissionais de saúde e gestores (APÊNDICE D), mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE E). Salienta-se que, embora haja um roteiro que norteou a execução de cada encontro do GF, participativamente, os profissionais e gestores pactuaram os encontros, respeitando-se o interesse e a construção coletiva das ideias do grupo para as discussões. A técnica de GF possibilitou intensificar o acesso a informações sobre um determinado fenômeno. Isto ocorre pelo fato de gerar ideias e conhecê-las com profundidade, por meio do diálogo e do debate entre os participantes reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; DALL'AGNOL et al., 2012).

Dessa maneira, o GF buscou valorizar a interação entre os participantes e o pesquisador, por meio de discussões focadas em tópicos específicos e diretivos. (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009; DALL'AGNOL et al., 2012). Além disso, por configurarem-se como potencial via de intervenções, as discussões e as táticas grupais para solucionar problemas e modificar realidades fez com que, por intermédio da interação, os profissionais dos diferentes serviços que prestam atendimento às mulheres vivendo com HIV, torarem-se protagonistas na construção coletiva dos resultados da pesquisa (SHAHA; WENZEL; HILL, 2011). Esses, representados pela construção do fluxo de atenção, estruturando a RAS à saúde dessa população no município de Santa Maria.

Foram realizados encontros de Grupo Focal (GF) com profissionais de saúde e gestores (APÊNDICE D), mediante assinatura do TCLE (APÊNDICE E). Salienta-se que, embora haja um roteiro que norteou a execução de cada encontro do GF, participativamente, os profissionais e gestores pactuaram os encontros, respeitando-se o interesse e a construção coletiva das ideias do grupo para as discussões. A técnica de **GF** possibilitou intensificar o acesso a informações sobre um determinado fenômeno. Isto ocorre pelo fato de gerar ideias e conhecê-las com profundidade, por meio do diálogo e do debate entre os participantes reunidos em um mesmo local e durante certo período de tempo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; DALL'AGNOL et al., 2012).

Dessa maneira, o GF buscou valorizar a interação entre os participantes e o pesquisador, por meio de discussões focadas em tópicos específicos e diretivos. (MAZZA; MELO; CHIESA, 2009; DALL'AGNOL et al., 2012). Além disso, por configurarem-se como potencial via de intervenções, as discussões e as táticas grupais para solucionar problemas e modificar realidades fez com que, por intermédio da interação, os profissionais dos diferentes serviços que prestam atendimento às mulheres vivendo com HIV, torarem-se protagonistas na construção coletiva dos resultados da pesquisa (SHAHA; WENZEL; HILL, 2011). Esses,

representados pela construção do fluxo de atenção, estruturando a RAS à saúde dessa população no município de Santa Maria.

Ainda, qualificar o acesso das mulheres vivendo com HIV na APS, para que esta possa se tornar a fonte regular de atenção, por tratar-se de uma temática sensível e pouco explorada, faz com que esta técnica se torne enriquecedora e coerente com a proposta do estudo.

Quanto à operacionalização, os GF caracterizam-se como uma técnica de coleta de dados em que o pesquisador objetivou coletar informações sobre um determinado tema. Isso se deu por meio do diálogo e debate entre os participantes da pesquisa, reunidos em um mesmo local, durante certo período de tempo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; DALL'AGNOL et al., 2012).

A equipe de coordenação, composta pelo moderador (pesquisador) e pelo(s) observador(es), foi responsável pela condução do encontro. Com isso, os integrantes da equipe mantiveram-se atentos e evitaram posicionarem-se em lugares como a cabeceira da mesa ou de uma maneira que dê a impressão de prestígio frente aos outros participantes. Durante os encontros, a equipe de coordenação utilizou um diário de campo, que consistiu em uma ferramenta para registro de dados do pesquisador, no qual foram anotadas as visitas ao campo de pesquisa (VÍCTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000). Este instrumento foi utilizado para o registro das percepções e impressões pessoais durante as sessões do GF.

Tendo em vista que o sucesso do GF relaciona-se diretamente ao planejamento dos encontros, foram considerados aos seguintes aspectos:

- momentos chave do encontro;
- dimensão do grupo;
- guia de temas;
- seleção de materiais estimulantes à interação;
- duração dos encontros;
- quantidade de encontros;
- local dos encontros;
- avaliação dos encontros do GF.

Essas características foram essenciais para que as discussões se fossem proveitosas, promovendo experiências sobre o objeto do estudo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; BARBOUR, 2009), que consistiu no acesso das mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado.

Os momentos do encontro do GF incluíram: abertura da sessão, apresentação dos participantes entre si, esclarecimento da dinâmica de discussões, esclarecimento do *setting* (contrato grupal), debate, síntese dos momentos anteriores e encerramento.

Quanto à dimensão do grupo, recomenda-se um intervalo de seis a 15 participantes. No entanto, destaca-se que a dimensão do grupo dependerá, também, dos objetivos da pesquisa. Assim, quando se opta por maior variedade de pontos de vista, é enriquecedor eleger um grupo maior. Da mesma maneira, quando se almeja profundidade da temática, aconselha-se a composição de um grupo menor. Além disso, os participantes do estudo serão convidados com base no objetivo da pesquisa, respeitando-se o critério de possuir ao menos um traço em comum: o envolvimento direto com a atenção à saúde de mulheres (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Sendo assim, o GF da presente pesquisa foi composto por 11 participantes entre gestores, componentes dos serviços de APS e da Casa Treze de Maio. Contudo, cabe salientar que ao longo dos quatro encontros que ocorreram no período de maio a outubro de 2018, o quantitativo de participantes variou. Ou seja, no primeiro encontro estavam presentes oito participantes, no segundo obteve-se um total de quatro participantes e, no terceiro encontro, compareceram seis participantes. Salienta-se que no decorrer dos encontros as participantes demonstraram necessidade de convidar novas integrantes para comporem o grupo. Esta ação vai ao encontro do que propõe a Pesquisa Participante, no qual participativamente a pesquisa corresponde aos interesses e necessidades da população de estudo. Como recurso de anonimização, foi utilizado o código NGF, fazendo referência a “Nota de Grupo Focal”, seguido do código E, referente a “encontro” seguida do número correspondente ao encontro (1, 2, 3 ou 4) e P4, referente ao número da participante (P1 ao P11).

O guia de temas foi um roteiro para operacionalização do encontro, estruturado de acordo com os propósitos e objetivo da pesquisa. Destaca-se que, neste estudo, o guia de temas partiu dos resultados dos estudos desenvolvidos no GP-PEFAS, em que foram avaliados a atenção a saúde de crianças e adolescentes vivendo com HIV em Santa Maria/RS. Entretanto, por tratar-se de uma Pesquisa Participante, os guias de temas eram estruturados de acordo com a dinâmica e acontecimentos dos encontros. A cada final de encontro, o guia de temas era revisado e readequado às necessidades apontadas pelas participantes.

Quanto a seleção de materiais estimulantes à interação, foram utilizados os seguintes: gravadores, equipamento audiovisual (data show), canetas, cartolinas, entre outros que se fizerem necessários para subsidiar a discussão grupal. Referente a duração dos encontros, estes tiveram a duração de aproximadamente duas horas, pois esse período já permite a obtenção de

informações necessárias para uma boa análise além de garantir que não ocorra cansaço ou desgaste mental dos/as participantes (GATTI, 2005; BAUER; GASKELL, 2008; MAZZA; MELO; CHIESA, 2009). Contudo, respeitando-se a vontade e disponibilidade do grupo, as discussões podem ter ultrapassado esse período de tempo.

Para o local, data e horário dos encontros, a moderadora procurou estabelecer conforme disponibilidade dos participantes, sem repercutir em ônus aos atendimentos nos serviços de APS e Especializado, ou no cotidiano dos participantes. Recomenda-se, então, que o local escolhido não esteja inserido no contexto de trabalho. Portanto, devem-se apontar opções confortáveis, facilitadoras do debate, socioeconomicamente desejáveis e que permitam a organização de *coffee break*, realização das tarefas e discussões em grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999; MAZZA; MELO; CHIESA, 2009). Para a organização do ambiente, os assentos foram dispostos de maneira circular para promover uma visão ampla entre os participantes, moderador e observadores participantes, estimulando o olhar face a face. É importante destacar que os participantes devem sentar-se a distâncias aproximadamente iguais da equipe coordenadora e estar claramente dentro do campo de visão dos demais, de maneira a estimular o sentimento de pertencimento a um grupo (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999).

Ao final de cada encontro a equipe de coordenação se reuniu para fazer um *feedback* (DALL'AGNOL; TRENCH, 1999) de avaliação do encontro, emitindo seus pareceres e opiniões sobre como foi o andamento e o que pode ser modificado ou aperfeiçoado.

Foram realizados quatro encontros do GF (com intervalo de aproximadamente um mês entre eles). A seguir são apresentadas as anotações, por encontro, realizadas pela moderadora em seu diário de campo:

- **1º Encontro** (duração de aproximadamente 2 horas): Anteriormente ao primeiro encontro, a pesquisadora dirigiu-se aos campos de estudo (Casa Treze de Maio, setores do HUSM e Secretaria de Saúde) para convidar os profissionais de nível superior da equipe a participarem do GF.

Na Casa Treze de Maio, que consiste em um serviço especializado em HIV e outras IST, o convite foi dirigido à coordenadora da Política de HIV/aids municipal e à enfermeira que, logo após a realização do convite, deixou seu cargo de enfermeira da Casa Treze de Maio.

Nos setores do HUSM (CO, unidade de dispensação de medicação, AGAR), onde é realizado o pré-natal das gestantes com HIV e ambulatório de doenças infecciosas e unidade tocoginecológica.

Este hospital universitário é referência para Santa Maria, municípios da 4ª CRS e outros, por ser especializado em HIV, por meio de seus ambulatórios e maternidade de alto risco. Nesse

campo, o convite impresso foi entregue preferencialmente às coordenadoras dos setores, para que pudessem comparecer ao encontro, ou indicar um profissional que tivesse disponibilidade. A pesquisadora percebeu a dificuldade em localizar profissionais nos setores que pudessem responsabilizar-se por convidar demais colegas (profissionais de nível superior que fizessem parte da equipe daquele setor).

Em algumas situações, os profissionais pareciam concordar em conversar com a equipe, entretanto, isso não pareceu acontecer. Ainda, durante o convite, os profissionais pareciam interessar-se em participar do GF, relatando que, se possível iriam comparecer. Nesse sentido, nos campos acima relatados, entregou-se um convite impresso para que a equipe pudesse ter acesso às informações do encontro e, com isso, pudessem organizar-se para que um representante pudesse estar presente. Quanto à Secretaria de Saúde, a pesquisadora, por meio do auxílio do NePes, encaminhou o convite a todos os serviços de APS de Santa Maria.

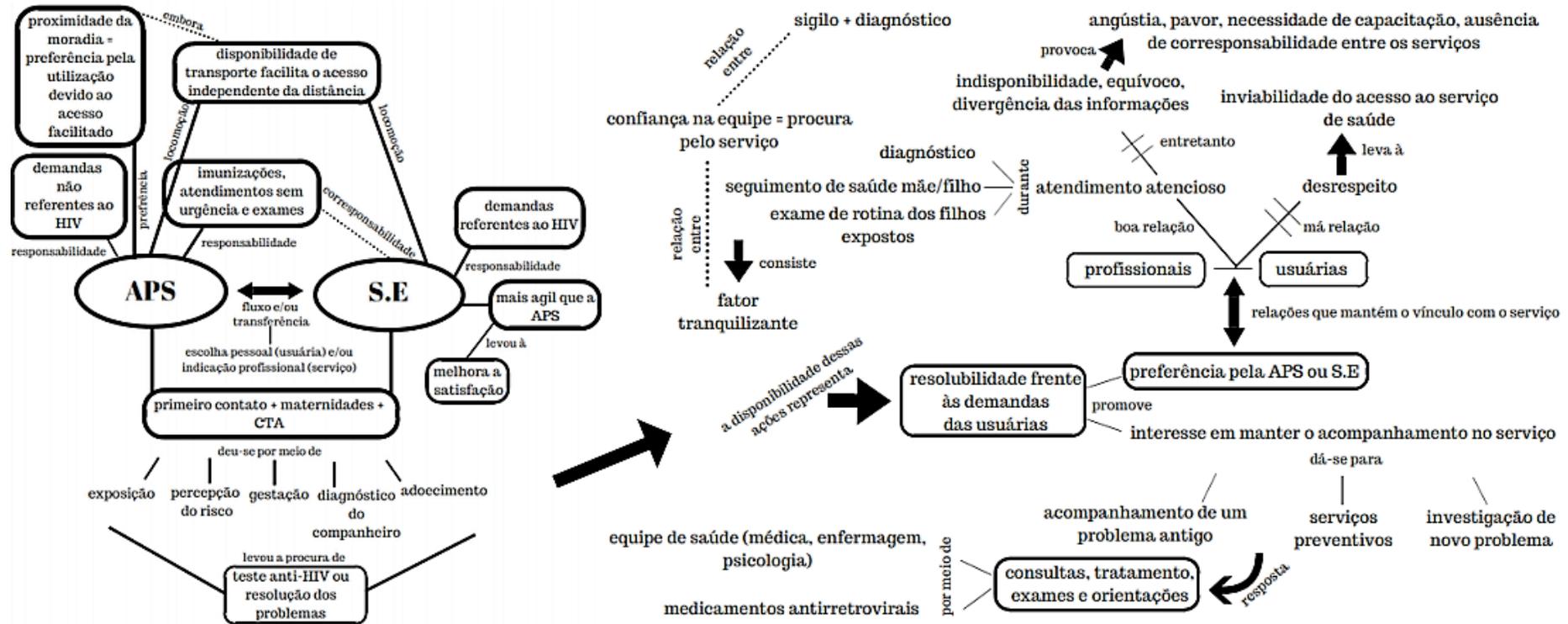
Com relação à 4ª CRS, a pesquisadora foi até esse serviço, explicou acerca da pesquisa para as gestoras da saúde da mulher, HIV e APS, deixando o convite impresso. Dias antes do 1º encontro a pesquisadora retornou aos serviços mencionados anteriormente, reforçando o convite. No dia 22 de maio de 2018, às 14 horas no NePes, deu-se o 1º encontro do GF. Nessa ocasião, a equipe de pesquisa foi composta pela moderadora e duas observadoras participantes, que são componentes do GP-PEFAS e, também, doutorandas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM. Para atuarem como observadoras participantes, as mesmas foram capacitadas quanto aos aspectos da pesquisa, possuindo conhecimento prévio acerca da temática e do método. Estavam presentes oito participantes, representantes da APS e da gestão. Não houve presença dos serviços especializados. Inicialmente os participantes foram recepcionados, assinaram o TCLE, receberam um crachá para completar com o nome (cada serviço de saúde tinha uma cor diferenciada. Esta estratégia foi utilizada para facilitar a identificação de cada serviço).

As observadoras entregaram uma folha para que as participantes acrescentassem o nome e o telefone para construção de um grupo de *whatsapp* para facilitar a comunicação. Os assentos foram organizados em círculo, havia no centro da roda uma mesa com *coffee break* (estava disponível para confraternização desde o início do encontro). Às observadoras, foi entregue um diário para anotações das impressões, falas e informações que julgassem necessárias para o estudo. Utilizou-se *datashow* para projetar uma breve apresentação da tese e figura dos resultados obtidos da triangulação das entrevistas com as mulheres com HIV e da observação participante nos serviços de APS e Especializado (Figura 6).

A figura possibilitou discutir com os profissionais do serviço especializado e dos serviços de APS as ações que cada serviço está desenvolvendo para a atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. Para que se pudesse dar início à discussão, o grupo pactuou o que era “acesso”. Após, a moderadora/pesquisadora se dirigiu ao grupo e instigou que, tendo como base o mapa da acessibilidade e utilização apresentado, as participantes olhassem para a figura e pensassem em seu serviço de saúde, como se dá o acesso das mulheres vivendo com HIV no serviço em que elas atuavam, olhando para o que as mulheres relataram que vivenciam.

Além disso, foi discutido acerca do que poderia ser feito/quais ações poderiam ser desenvolvidas para promover a acessibilidade e utilização, bem como foram elencadas as dificuldades e facilidades apontadas pelos profissionais para a promoção do acesso. Ao final do encontro, foi realizada a síntese. Para tanto, foram retomados os pontos abordados durante a discussão. Nesse momento, uma das participantes, enfermeira de um serviço tradicional de APS, salientou a necessidade de a pesquisa deixar uma contribuição para os serviços. Sugeriu, então, que como produto do GF fizessemos um fluxo de atendimento às mulheres com HIV, obtendo o aceite e apoio das demais participantes. Com isso, a moderadora fez as combinações para o próximo encontro que, em comum acordo, ficou marcado para o dia 06 de junho de 2018, às 14 horas na sala de apoio do NePes.

Figura 6 - Mapa conceitual construído a partir dos resultados da triangulação das técnicas de entrevistas e da observação participante para coleta de dados



Fonte: autora.

- **2º Encontro** (duração de aproximadamente 2 horas): Antes, a moderadora realizou a transcrição e análise do material, a partir dos conceitos de acessibilidade e utilização, no intuito de localizar os elementos que pudessem fomentar a construção do fluxo. As informações faltantes serviram como subsídios para a condução do debate durante o encontro. Anteriormente ao encontro, a moderadora se direcionou aos campos para realizar o convite para participação no segundo encontro. Dessa forma, realizou a mesma logística de convite aos profissionais, executada para o primeiro encontro.

Para situar novos participantes, a moderadora elaborou uma apresentação em slides, com uma síntese do encontro anterior. Participaram do encontro quatro profissionais representando a APS, a gestão e o serviço especializado (Casa Treze de Maio). Não houve participação dos setores do HUSM. Os assentos foram organizados em círculo, o coffee break foi disponibilizado e o encontro foi gravado em áudio. O encontro iniciou com a apresentação dos slides do encontro anterior e questões disparadoras de debate: O que vocês entendem/sabem por Redes de Atenção à Saúde? O que vocês conhecem/sabem sobre linha de cuidado e descentralização do cuidado? E o que vocês acham que é um fluxo? O que ele deve contemplar?

As participantes foram convidadas a responder os questionamentos em uma folha, que correspondia a cor do seu crachá. Esta estratégia foi utilizada para incentivar que todas as participantes se expressassem sobre o assunto. Após as discussões, que envolveram, também, as questões da constituição do fluxo de atendimento das mulheres vivendo com HIV em SM e de como desenvolver os nós/interações entre os serviços para o funcionamento do fluxo, as participantes sugeriram que a moderadora se dirigisse à coordenadora da linha de HIV do município e articulasse uma reunião entre gestão e serviços, incluindo o HUSM.

Dessa maneira, a moderadora articulou-se e dirigiu-se até a gestão municipal do HIV. Fora combinado que a gestora, a partir de uma reunião com a coordenadora municipal da saúde da mulher, estariam marcando com a moderadora um dia específico para uma reunião ampliada, com gestores, para dialogar sobre o fluxo. Passados alguns dias, a coordenadora da política municipal do HIV telefonou para a moderadora, solicitando que a reunião fosse um componente da reunião do GF. Assim, a coordenadora municipal da APS, iria convocar os serviços para comparecerem no 3º encontro do GF.

Por fim, a moderadora marcou o encontro para o dia 03 de julho de 2018, às 14 horas no NePes. Para tanto, o convite foi feito presencialmente nos campos, com cópia impressa do convite. Esperou-se, a partir do esboço do fluxo levado pela moderadora, discutir com os profissionais do serviço especializado, dos serviços de atenção primária e com os gestores, como desenvolver o fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM. Após o

encontro, foi realizada uma síntese a validação coletiva do encontro, retomando com os profissionais o que foi discutido.

- **3º Encontro** (duração de aproximadamente 2 horas): Antes a moderadora realizou a transcrição e análise do material, proveniente do segundo encontro. A partir disso, elaborou a primeira versão do fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM. Para tanto, o objetivo desse encontro foi discutir com os profissionais do serviço especializado, dos serviços de atenção primária e com os gestores, como desenvolver o fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM.

No primeiro momento, organizou-se a logística (posicionamento das cadeiras em círculo e da mesa com o coffee break no centro da roda, entrega dos crachás para as novas participantes, do TCLE e do instrumento de caracterização (APÊNDICE G) para preenchimento, além da coleta do número do whatsapp para inclusão no grupo. Reforçou-se o contrato grupal (horário de início e término do encontro, como aconteceria o encontro e as questões de respeitar o colega que está com a palavra, levantar a mão para pedir a palavra na discussão).

Os convites aos profissionais e gestores foram entregues pessoalmente nos campos e via e-mail para os serviços de APS. Participaram do encontro seis profissionais representando a APS, a gestão e o serviço especializado (Casa Treze de Maio). Inicialmente, a moderadora realizou a apresentação de uma síntese acerca dos encontros anteriores para que as participantes pudessem compreender o caminho percorrido até a construção do esboço inicial do fluxo.

Após a apresentação dos slides da síntese, foi entregue uma cópia impressa do fluxo, para que o grupo pudesse visualizar e dar início à discussão. Para tanto, além do fluxo, a moderadora realizou os seguintes questionamentos como disparadores do debate: O que vocês acham do esboço de fluxo que foi apresentado ao grupo? O que pode ser modificado, acrescentado ou retirado? Como vocês acham que podemos operacionalizar a essa rede? O grupo discutiu acerca das questões e do desenho do fluxo, propondo o remodelamento do mesmo.

O grupo aproximou-se para desenhar conjuntamente como deveria ser a constituição do fluxo. A moderadora combinou então, por meio do contrato entre o grupo, que faria as alterações e encaminharia ao grupo para aprovação ou não. Isto foi feito por meio do grupo do whatsapp. As participantes solicitaram novas modificações que foram apresentadas no 4º encontro do grupo focal.

- **4º Encontro** (duração de aproximadamente 2 horas): Ocorreu no dia 09 de agosto de 2018, às 14 horas no Nepes. Nessa ocasião a versão final do fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM foi apresentada ao grupo para validação. Nesta ocasião participaram X

participantes.

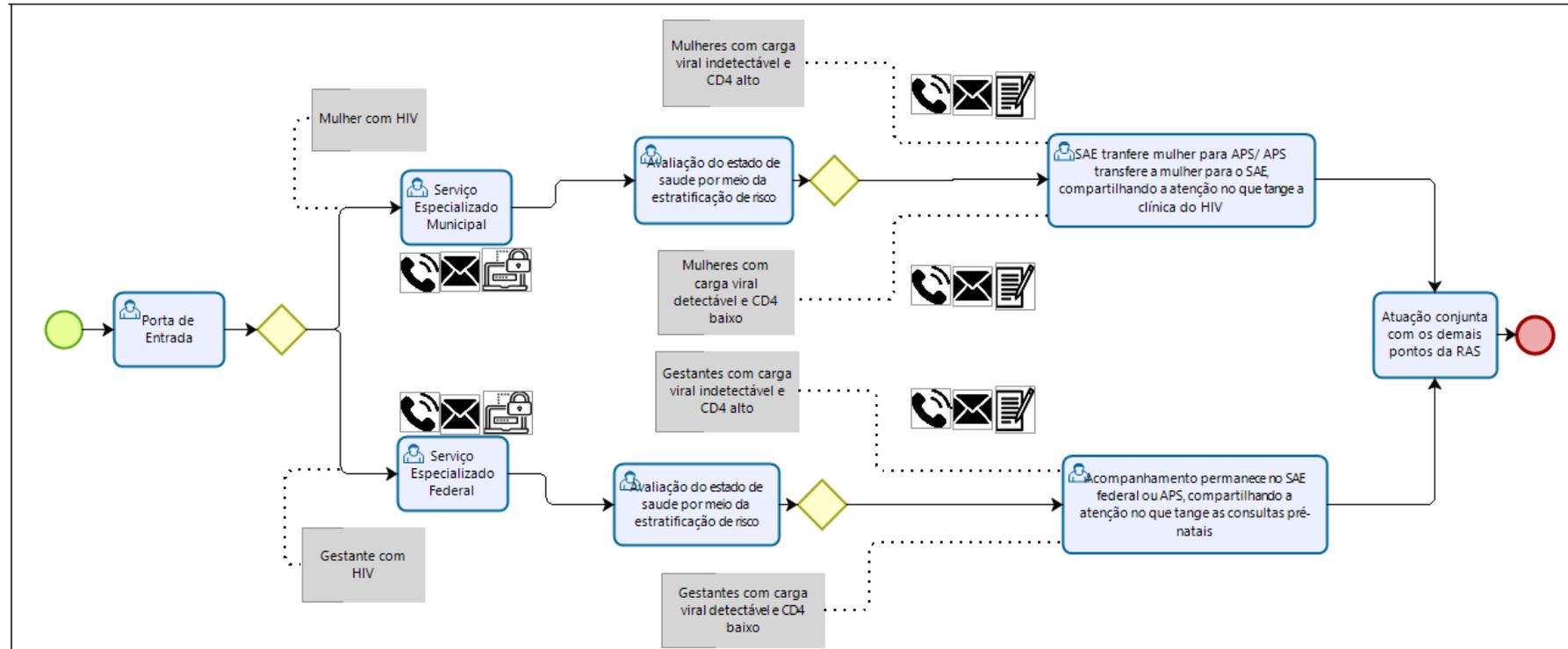
O fluxo foi elaborado a partir da notação da simbologia empregada pela OMG/BPMN (Object Management Group/Business Process Model and Notation), uma organização internacional de padronização gráfica de representações e modelagens de processo, desenvolvido no aplicativo Bizagi Modeler Freeware, versão 64 bits de setembro de 2013 (Figura 7).

Este resultado mostra que, para os profissionais e gestores, o fluxo construído retrata a realidade laboral no qual estão imersos nos serviços de APS e Especializado. Dessa forma, mostra a maneira de organização já existente na rede. A Política Nacional de Atenção Básica aponta a premissa que a APS como porta preferencial de entrada do Sistema de Saúde poderia potencializar o acesso das mulheres com HIV. Entretanto, por mais que os profissionais percebam a necessidade de qualificar a atenção à saúde, no sentido de reorganizar a rede, trazendo para o centro do debate a necessidade de fortalecer a APS para que seja possível dar conta, também, das condições crônicas majoritariamente vinculadas aos serviços especializados, como o HIV, na prática, não se estabelece a priorização do que diz a Política Pública.

Isto sinaliza a necessidade de se problematizar acerca de como está se realizando a atenção às mulheres com HIV, e o que deveria ser modificado para que se atinja realmente os objetivos da política pública de saúde. Ainda, necessita-se identificar quais as lacunas, ou seja, como tornar aplicável o que preconiza a política, para que possa ir ao encontro do que almejam os serviços de saúde, para que seja viável a transformação da realidade e qualificação dos serviços.

Dessa forma permitiu-se extrair a síntese do conhecimento: como se dá, na prática a acessibilidade e a utilização dos serviços de APS e Especializado pelas mulheres vivendo com HIV.

Figura 7 - Fluxo de Atenção às Mulheres vivendo com HIV. Santa Maria, RS, Brasil. 2018



Legenda:

-  Início do fluxo- porta de entrada: serviço de APS
-  Final do fluxo
-  Tomada de decisão pelos profissionais de saúde
-  Associação de informações que justificam as tomadas de decisões
-  Fluxo de sequência: mostra a ordem que as atividades serão executadas
-  Comunicação via ficha de encaminhamento
-  Comunicação via sistema de informação
-  Comunicação via e-mail
-  Comunicação via telefone

Powered by
bizagi
Modeler

Fonte: autora.

4.4.3 Colocação dos problemas considerados prioritários:

Durante o primeiro encontro do GF definiu-se o problema prioritário a ser discutido: “a construção do fluxo de atenção às mulheres vivendo com HIV”. Nesta ocasião, em um movimento conjunto, os participantes entenderam a necessidade de construção do fluxo como estratégia para potencializar a acessibilidade e a utilização dos serviços de APS e Especializado pelas mulheres vivendo com HIV.

4.4.4 Análise dos dados:

Como técnica para análise dos dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo do tipo Temática. Esta técnica permitiu inferir dados de um determinado contexto, mediante a organização, leitura e discussão dos dados coletados. Salienta-se que diversos caminhos podem ser percorridos com a finalidade de uma Análise de Conteúdo. Operacionalmente, a Análise de Conteúdo apresenta-se dividida em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados obtidos e interpretação, descritos a seguir (MINAYO, 2010):

- A fase de pré-análise consistiu na seleção inicial do material coletado, tendo-se como fio guia o objetivo proposto pelo estudo. Essa fase compreendeu alguns passos, leitura flutuante, constituição do corpus, e formulação de hipóteses e objetivos. Nessa fase, a pesquisadora agrupou as entrevistas transcritas, as notas de observação contidas no diário e as notas transcritas dos encontros do GF, e realizou a leitura exaustiva do conjunto de dados. Nessa ocasião, iniciou a constituição do corpus para análise, por meio da pré-extração de unidades de significação. Por meio destas, a pesquisadora iniciou a apreensão dos sentidos e formulação das hipóteses analíticas iniciais identificadas por meio dos dados fornecidos.

- A exploração do material é a fase de codificação, na qual os dados foram analisados para o alcance dos núcleos dos sentidos, permitindo a compreensão do texto. Nessa etapa, a pesquisadora voltou seu olhar às unidades de significação já previamente selecionadas, agrupando e reagrupando essas unidades de acordo com os temas teóricos: acessibilidade e utilização. A partir dos conceitos teóricos, a pesquisadora formulou as categorias e subcategorias temáticas, no qual, por meio de sínteses, organizou os blocos de fragmentos de discurso e notas de observação.

- E, por último, o tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos temas. Nessa fase, os resultados foram retomados e aprofundados por meio dos conceitos teóricos que embasam o objeto de estudo (Acessibilidade e Utilização dos Serviços de APS e Especializado),

realizou-se então a discussão dos achados.

Salienta-se que as inferências e interpretações foram realizadas de acordo com pressupostos teóricos que sustentam a Análise de Conteúdo proposta por Minayo, ancorada na corrente de pensamento Materialista Histórico-Dialético (BONILHA, 2012). Para a análise dos dados, o presente estudo adotou a concepção de Minayo, devido a interpretação dos fenômenos sociais ser composta por princípios, leis e categorias de análise (RICHARDSON et al., 1999). Além disso, a busca pela compreensão dos significados dos fenômenos faz com que a hermenêutica presente na proposta de Minayo, prime por métodos não objetivantes devido a proximidade do sujeito com sua essência. Dessa maneira, esta corrente de pensamento tem sido amplamente utilizada pela abordagem qualitativa.

A triangulação dos dados obtidos por meio das observações e das entrevistas, culminaram no planejamento dos encontros do GF, e a partir dos resultados obtidos na conclusão da produção, foi possível ampliar os dados, a medida que não se restringiu apenas a uma única fonte, multiplicando-se as tentativas de aproximação com o objeto de estudo (MINAYO, 2010). Assim, o corpus desta investigação conta com os fragmentos de discurso oriundos das entrevistas, das notas de observação participante e das notas de grupo focal. A junção destes dados garantiu sustentação de maneira mais sólida ao objeto em investigação.

4.4.5 Programação e execução de plano de ação:

Destaca-se que a discussão e avaliação do plano de ação devem ser permanentes, tendo em vista que a Pesquisa Participante não termina com a quarta fase. A análise crítica da realidade, despertada durante esse processo, conduzirá à descoberta de novas necessidades, tornando dinâmica a construção do conhecimento (LE BOTERF, 1985). Quanto às mulheres vivendo com HIV, espera-se que a pesquisa em tela contribua para a discussão coletiva acerca do acesso aos serviços de APS e Especializado, de maneira a promover a transformação necessária às práticas que envolvem a acessibilidade e utilização, qualificando a atenção à saúde.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Em respeito às Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos (Resolução CNS 466/12), serão considerados e seguidos os princípios bioéticos da autonomia, beneficência, não maleficência e o da justiça, com vista a assegurar os direitos e

deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos participantes da pesquisa e ao Estado.

Primeiramente, foi efetuada a apresentação da proposta de trabalho junto à Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP/HUSM) (ANEXO A), ao Núcleo de Educação Permanente da Saúde (NEPeS-SMS-SM) (ANEXO B) e a Casa Treze de Maio (ANEXO C).

Realizou-se o registro do projeto no Sistema de Informação para o Ensino (SIE/UFSM) e na Plataforma Brasil, com vistas a aprovação pelo CEP da UFSM. A coleta de dados somente teve início após aprovação pelo Comitê de Ética, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 57042216.0.0000.5346, parecer 1.635.237, em 13/07/2016 e consentimento dos participantes.

Os participantes foram convidados a participar da pesquisa de forma voluntária. Foram informados os preceitos éticos que envolvem a pesquisa como anonimato e respeito ao uso e armazenamento do material produzido nos encontros. Para tanto, foi oferecido aos participantes o TCLE, com esclarecimentos sobre a pesquisa e a garantia da privacidade dos indivíduos, bem como a participação voluntária na pesquisa, sem que houvesse ônus de qualquer natureza, no caso de desistência em qualquer etapa da pesquisa. O TCLE foi assinado em duas vias, pelo pesquisador e pelos participantes. Uma via foi fornecida ao participante e a outra arquivada pelo pesquisador. Assegurou-se o não recebimento de qualquer forma de pagamento ou gratificação decorrente da participação na pesquisa.

Além disso, a qualidade das respostas não acarretou em prejuízos trabalhistas para os profissionais de saúde ou gestores, pois foi assegurado a não divulgação dos dados individuais que possibilitem a identificação dos participantes da pesquisa. Por meio do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE H), os pesquisadores afirmaram seu compromisso de preservar o material proveniente da coleta de dados, por um período de cinco anos, quando então será destruído.

Participar das entrevistas representou, a princípio, um risco mínimo de ordem moral e psicológica para o entrevistado. Alguns sentimentos puderam ser mobilizados nos encontros do grupo focal devido a discussão conjunta, na qual os participantes necessitaram refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua experiência. Em caso de possível ocorrência, seria conversado até chegar a um acordo a respeito da possibilidade de continuar a pesquisa ou desistência do mesmo.

Os benefícios da pesquisa para os entrevistados foram indiretos, visto que esta pesquisa poderá trazer maior conhecimento do tema abordado, com possibilidade de melhora da atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV.

Nesse sentido, esperou-se contribuir para a melhor articulação entre os diferentes

serviços de atenção à saúde dessa população. Além de contribuir para a discussão da política pública municipal, repensando as ações desenvolvidas. Dessa maneira, a partir da reorganização do fluxo das mulheres vivendo com HIV nos serviços de APS e Especializado pretende-se promover a aproximação entre os gestores e profissionais do serviço especializado e da APS para facilitar a acessibilidade e a utilização dos serviços.

A devolução dos resultados se dará por meio da produção de artigos científicos, do Seminário com os resultados aos serviços de APS e Especializado, e da apresentação de trabalhos na participação em eventos acadêmicos e no GP-PEFAS, vinculado à UFSM.

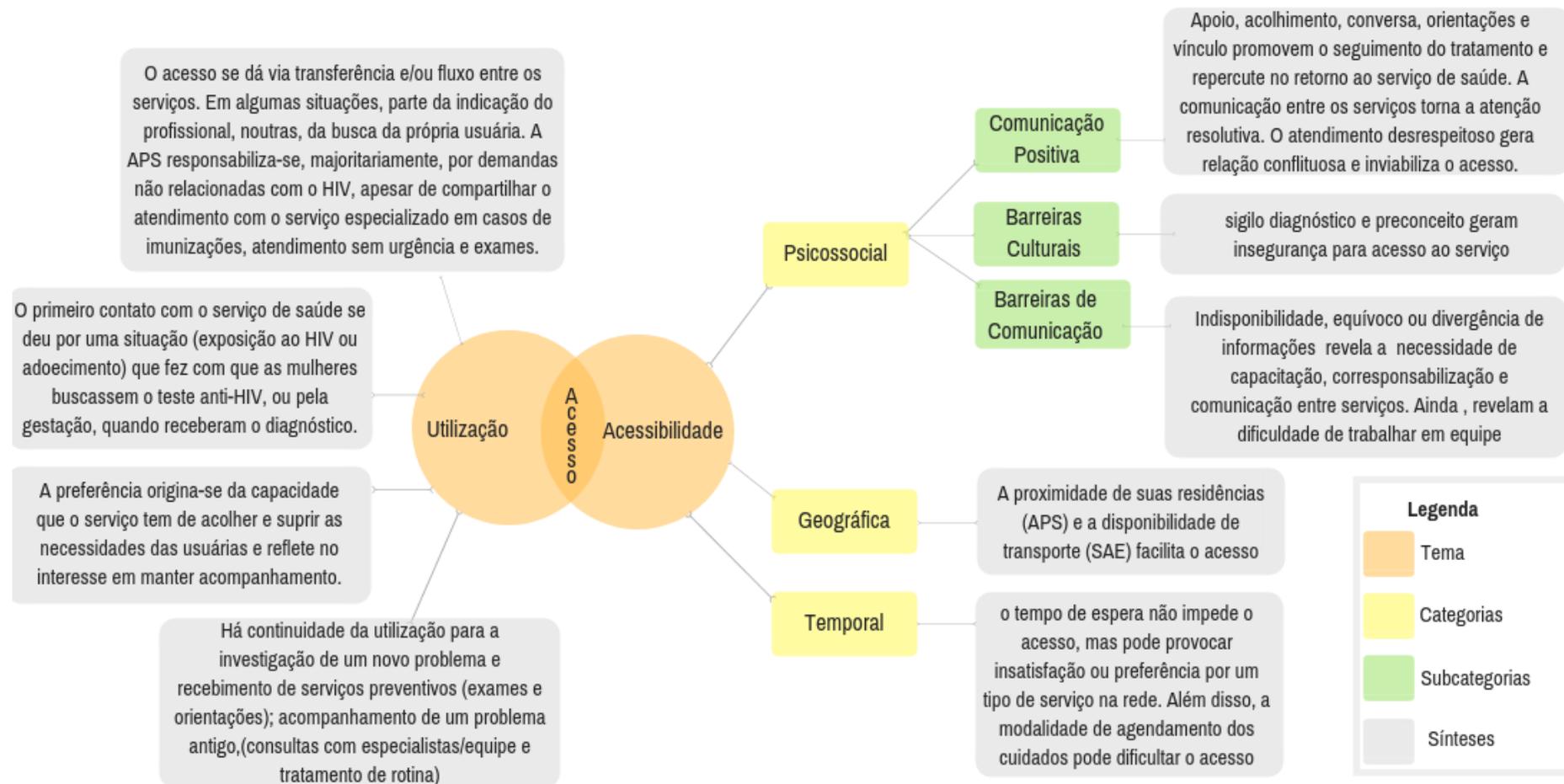
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A análise de conteúdo conduziu à estruturação dos resultados nos temas **acessibilidade e utilização** (Figura 8). Salienta-se que esta figura dos resultados foi elaborada triangulando-se os dados das entrevistas, observação participante e grupo focal. Esta categorização teórica sustenta-se no referencial de Starfield (2002) que defende que para que um serviço de saúde seja considerado provedor de atenção ao primeiro contato, deve promover a acessibilidade (elemento estrutural), e a utilização da atenção à saúde (elemento processual) a cada novo problema, ou novo episódio de um mesmo problema e ser assim reconhecido pelos seus usuários.

No que tange a APS, o acesso deve ser ofertado a todos, sem considerar o grau de necessidade, pois não se pode esperar que os indivíduos saibam a gravidade ou urgência de seu problema antes de buscar o atendimento inicial. Para tanto, necessita ser localizado de maneira a não dificultar o acesso dos usuários, ter disponibilidade de horários e dias para atender às necessidades da população de acordo com suas urgências, possuir tolerância para consultas não agendadas, bem como acesso às especialidades, quando necessário.

Em cada tema será apresentada a descrição do resultado sustentada por fragmentos das entrevistas, notas de observação e notas do grupo focal, seguidas da discussão com a literatura.

Figura 8 - Acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV. Santa Maria, RS, Brasil. 2017



Fonte: autora.

5.1 ACESSIBILIDADE

Os resultados deste tema apontaram as categorias: acessibilidade psicossocial, geográfica e temporal, considerando que segundo Starfield (2002) os tipos de acessibilidade relacionam-se ao psicossocial (barreiras de linguagem ou culturais à comunicação entre os profissionais e usuários), à geografia (transporte e distância do serviço) e ao tempo (horário de disponibilidade).

5.1.1 Acessibilidade Psicossocial

Esta categoria indicou as subcategorias: comunicação assertiva, barreiras de comunicação e barreiras culturais.

5.1.1.1 Comunicação assertiva

O acesso ao serviço de saúde é facilitado, quando as mulheres percebem o atendimento de saúde como atencioso. O apoio, o acolhimento, a conversa, as orientações e as explicações ofertadas pelos profissionais promovem o vínculo necessário para o seguimento do tratamento e dos cuidados de saúde e a segurança e a tranquilidade para enfrentar a gestação, o parto e a maternidade com HIV, repercutindo no retorno ao serviço de saúde, mesmo após o término da gestação.

Entretanto, quando as usuárias percebem o atendimento como desrespeitoso, surge a possibilidade de relação conflituosa entre profissionais e usuárias, podendo inviabilizar o acesso ao serviço de saúde. A comunicação entre os serviços que compõe a rede torna a atenção resolutiva, por meio de corresponsabilização e encaminhamentos adequados pelos profissionais da equipe de saúde:

“Está bem mudado o atendimento [no serviço especializado], não vou dizer nota 10, mas muito melhor, bem diferente, atencioso. Eu ganhei [o filho] de parto normal, mas antes disso [parto] eu conversei com o médico e ele disse que eu tava bem. Fiquei mais segura pelo que eu fiz [tipo de parto] [...] ele teve todo o acompanhamento certinho” (NE1)

“Foi muito bom [a atenção durante o parto], bem atenciosos [a equipe de saúde do serviço da maternidade do hospital]. Eu internei grávida, aí fui fazer meu ultrassom e o doutor já viu que tinha um problema grave, aí ele conversou comigo e daí em diante, do dia que eu internei até eu ir embora foi muito bom o atendimento dos médicos e enfermeiros, muito atenciosos comigo [...] a maneira deles atender, serem gentis com a gente, isso ajuda porque tu já entra apavorada [devido ao HIV] e pega [consulta

com] um estúpido tu sai mais apavorada ainda, mas tu entra apavorada pega uma pessoa calma, que conversa [...] eu não gosto de ficar com dúvida e conversavam comigo [no serviço especializado] [...] lá [no serviço de APS] é uma complicação, um te atende de um jeito, outro te atende outro. Se não estão bem em casa, chegam e descontam no serviço. Eu chego [no serviço de APS] dando risada, brincando e se eu vejo que a pessoa ficou com cara feia eu paro [...] e fico mais quieta” (NE2)

“Quando a gente [ela e o filho] vem pra cá [serviço especializado] eles conversam com a gente, não é que nem aqueles lugares que nem perto chegam, lá não tem o que reclamar” (NE4)

“Todo mundo sabia do meu problema [no serviço de APS] e [os profissionais] me davam atenção do problema que eu tinha [HIV]. Eles me explicavam, me diziam como fazer o tratamento pra não passar [HIV] pra ele [filho], tomar os remédios nas horas certas” (NE5)

“Ela [profissional de saúde da APS] me falou que eu tinha HIV, daí eu pensei: e agora o que eu faço? e ela disse: agora vamos cuidar dessa criança [estava gestante], vamos tomar os remédios. Senti muito enjoo e diarreia, mas segui tomando [os ARV] e ganhei ele [o filho]. Ela [a médica] me chamou lá [no serviço] e perguntou se eu ia fazer o tratamento e eu falei que não ia fazer e ela perguntou porque, e eu disse: não, já que todo mundo vai morrer mesmo eu não vou fazer e ela [a médica] disse: mas quem foi que te falou isso? e eu disse: todo mundo fala, e ela disse: não vai por todo mundo. Eu estou te falando que é melhor fazer o tratamento. Eles [profissionais de saúde da APS] me apoiaram, tentaram conversar bastante comigo pra fazer o tratamento, falando que eu poderia viver bastante, que eu não ia morrer só porque eu tinha o HIV” (NE6)

“Eu não sou atendida lá [no serviço de saúde hospitalar da cidade da participante], por conta de várias situações que eu vi acontecerem lá, então eu prefiro vim pra cá a ficar lá esperando [...] eu só vou quando tenho alguma dor extrema, na gestação eu fui ao atendimento à gestante no hospital e eu sempre fui bem atendida por eu estar com dor ou estar tendo alguma contração, mas também eu não relatei que eu tenho HIV, lá ninguém sabe [...] aqui [no serviço especializado] eu percebo a atenção da equipe de enfermagem, do médico comigo, coisa que lá eu não percebo [...] eu considero a preocupação da pessoa que está me atendendo” (NE7)

“Eu estou sendo bem atendida aqui [no serviço especializado], não tenho nada pra reclamar, está sendo bom [...] eles tiram todas as minhas dúvidas, me explicam [...] e foi lá [no serviço de APS] que eu descobri [o diagnóstico de HIV], que eu fiz o teste, o enfermeiro conversou comigo, me explicou um pouco sobre o HIV [...] eu me senti acolhida e pretendo voltar a ser atendida [no serviço de APS]” (NE8)

“Lá no posto foi bom, porque ela [profissional de saúde] conversou, me explicou tudo direitinho [no momento do diagnóstico] [...] só que aqui [no serviço especializado] eu acho que eles têm mais atenção, eles aconchegam a gente” (NE10)

“[nos serviços especializados municipal e federal] o atendimento, as pessoas, tudo é bom, tu é bem atendida, tu se sente bem acolhido [...] eu posso chegar e tirar as minhas dúvidas e as gurias [profissionais da equipe] sempre estão aí pra atender. Tem farmacêutica, enfermeira, médica” (NE11)

“Eles [os profissionais] conversavam, me ensinavam a sentar na cadeira, ficar abaixada, agachada, respirar fundo, fazer força como se fosse fazer cocô [...] no serviço de APS, os profissionais que eu encontrei [quando descobriu o diagnóstico] foram uns profissionais muito bons” (NE12)

“[A enfermeira do serviço de APS durante o diagnóstico da infecção pelo HIV] me explicou algumas coisas sobre a gestação, parto, amamentação, tratamento e que eu ia fazer o tratamento aqui [no serviço especializado]. Ela estava disponível pra o que

eu precisasse [...] [no serviço especializado] também o atendimento é bom. Eles pedem tudo que precisa [ofertam] bastante orientação [sobre a medicação]. Ela [médica] me explicou como o vírus ataca, como a medicação reage no teu organismo, me explicou tudo. Também deu muita atenção, me senti bem, aliviada e isso é importante” (NE13)

“As enfermeiras [do serviço de APS] sempre atenciosas, sempre conversando e dando atenção” (NE14)

“Durante a consulta, o residente questionou como a paciente estava se sentindo, a dosagem atual do medicamento novo (1 comprimido), sobre as imunizações, se a paciente era tabagista” (NO Ala B)

“O médico perguntou como a mulher se sentia e questionou sobre os últimos exames de CV que tem sido indetectável (o último resultado ainda não havia chegado)” (NO Ala B)

“Durante a consulta a residente questionou o estado de saúde da gestante, levantando possíveis queixas e, após, procedeu com orientações” (NO AGAR)

“O prontuário foi revisado no que tange as vacinas e exames. A gestante foi questionada sobre sua adesão à TARV (está recebendo a terapia 3 em 1), acerca de possíveis desconfortos quanto a medicação. A gestante foi questionada acerca das condutas referentes a consulta anterior” (NO AGAR)

“A residente interagiu com a gestante, perguntando sobre suas queixas atuais e sobre o desenrolar das queixas referidas na consulta anterior (uma semana atrás). Questionou sobre a aceitação da TARV, e como a paciente se sentia com a medicação. Elogiou a boa adesão à TARV” (NO AGAR)

“A médica explicou sobre a CV, mostrando nos exames a relação CV e CD4/CD8, elogiando o estado de saúde da usuária e seu comprometimento com a própria saúde (CV indetectável). Orientou sobre a importância da adesão e tomada correta dos ARV. A usuária trouxe seus ARV e mostrou à médica que as cápsulas derreteram mesmo nos dias de frio, revelando que possivelmente fora um defeito no lote. Para tanto a médica orientou que ela não parasse de tomar e fosse até a farmácia da DI levar o frasco, relatar o que ocorreu e solicitar novo” (NO Casa 13)

“Durante a consulta, a médica acolheu a usuária e questionou sobre o filho (2 anos), se o mesmo havia recebido alta hospitalar do HUSM. Questionou acerca do estado sorológico do companheiro (negativo) e se ele havia feito teste rápido no serviço de saúde (serviço especializado municipal). Questionou sobre os exames de rotina que haviam sido solicitados” (NO Casa 13)

“A médica foi carinhosa e atenciosa, acolhendo com gentileza a usuária” (NO Casa 13)

“Farmacêutica foi gentil e solícita, disse que na próxima vinda dele ao serviço, apresentaria os integrantes da equipe. Fez algumas orientações, no entanto o jovem estava abatido e dizia já ter sido orientado. Falou sobre o site do MS, que lá havia informações confiáveis, falou sobre a lei que ampara os portadores de HIV e dos direitos das pessoas com HIV. Agendou consulta com o infectologista e os exames de CD4/CD8 e CV (a observadora auxiliou no preenchimento das guias e do livro de testes rápidos). Orientou acerca dos exames dos ARV (importância da adesão) e da frequência das consultas (a farmacêutica orientou que quanto melhor for a adesão aos medicamentos e ao estilo de vida saudável, maior será o espaçamento entre as consultas). Colocou-se à disposição e o serviço de psicologia também. Frisou a importância da utilização do preservativo mesmo ambos possuindo o vírus. Tranquilizou o jovem quanto a ter uma vida normal, continuar com os planejamentos e sonhos” (NO Casa 13)

“Todos os usuários que chegavam ao serviço eram acolhidos pelos profissionais da equipe” (NO Casa 13)

“Durante a consulta com uma puérpera com HIV (criança tem 11 meses), pode-se observar a ótima relação médica-usuária dentro do serviço, na qual a médica interagia com a usuária de maneira carinhosa e atenciosa esclarecendo dúvidas e elogiando o autocuidado da mulher e sua boa adesão a medicação ARV” (NO Casa 13)

“[a médica] Questionou acerca do parceiro da usuária (soronegativo) e tranquilizou a mulher quanto a baixa possibilidade de transmissão do HIV ao parceiro em caso de rompimento do preservativo, tendo em vista a CV indetectável. Orienta acerca das próximas condutas, que serão as coletas de exames, vacina da HBV” (NO Casa 13)

“Na primeira oportunidade, a testagem foi feita pela psicóloga do serviço. Durante o aconselhamento foi abordado questões como a janela imunológica, importância da utilização do preservativo em todas as relações sexuais (oral, anal ou vaginal). Além disso, tendo em vista que a mulher encontrava-se em período de janela, a psicóloga a orientou a retornar para fazer novas testagens após 30 dias, fazendo uso de preservativo em todas as relações. Orientou que o parceiro casual também repita os testes (preservativo rompeu durante a relação sexual)” (NO Casa 13)

“O jovem [que solicitou a realização do teste rápido] disse já esperar pelo resultado e que foi muito bem orientado junto com seu companheiro no dia anterior [no qual foi realizado a testagem do companheiro] pelo enfermeiro residente” (NO Casa 13)

“O médico reclamou da ausência de profissionais para auxiliá-lo na demanda de pré-natal. Ele ainda, não quis atender uma usuária que faltou a consulta anterior. A residente explicou que a usuária estaria para viajar no dia seguinte e ele não aceitou atendê-la” (NO ESF)

“No serviço de UBS houve a sinalização da possibilidade haver desrespeito ético por parte de algum membro do serviço de saúde” (NO UBS)

“O serviço não possui profissionais para busca ativa das usuárias faltosas. Quando há algum caso que necessite intervenção, a enfermeira entra em contato via telefone, tanto com a usuária, quanto com os serviços de saúde (APS) para resolução de caso, e solicita que os profissionais- ACS- localizem a gestante” (NO Casa 13)

“O serviço especializado municipal faz contato com as pessoas testadas em outros serviços de saúde (com teste rápido reagente ao HIV), e convidam a comparecer no serviço especializado municipal (caso observado em que a enfermeira e o residente em infecto ligaram- 14/06)” (NO Casa 13)

“As enfermeiras relataram que depende da conduta de cada profissional, mas que geralmente não enfaixam as mamas, e sim, orientam o uso de sutiã firme” (NO Maternidade)

“A farmacêutica frisou a necessidade do preservativo em todas as relações para se proteger e proteger a pessoa que está tendo a relação, pois poderia transmitir o HIV” (NO Casa 13)

“[recebo as mulheres vivendo com HIV] como eu recebo todo mundo, não tem distinção. Como recebo qualquer outra pessoa que procura o serviço. Onde eu trabalho elas criam vínculo com a enfermagem, com a enfermeira, e vão direto para a enfermeira, não passam por recepção. Elas entram direto pra conversar” (NGF1 P4)

“[as mulheres vivendo com HIV] se sentem à vontade, acolhidas [no serviço de APS]” (NGF1 P1)

“A questão do acesso, ela está bem relacionada com o acolhimento” (NGF1 P2)

“Não sei nem se são acolhidas [que as mulheres com HIV sentem-se], porque as vezes a gente nem conhece, mas de alguma forma elas tem essa referência. Sei lá se é porque a vizinha disse que é bem atendido, que tem uma pessoa que vai orientar [...] eu tento tirar as dúvidas o máximo possível, e aí se cria um vínculo. Por eu não ser tão jovem no serviço, facilita porque é uma conversa natural, tem uma empatia e se trata de uma forma muito natural [...] É um trabalho muito tranquilo, de orientação, de tentar ser resolutiva com o que ela veio [buscar no serviços de saúde]” (NGF1 P4)

“O olhar [dos profissionais de saúde] que tem que ser mais amplo, em todos os aspectos, até umas questões tem que abordar diferente, questionar, por ter essa particularidade [infecção pelo HIV]” (NGF1 P6)

“Às vezes [durante a testagem anti-HIV] é a única oportunidade que a gente tem de acolher essa pessoa [mulher com HIV], ela pensa: é esse momento, é agora que eu vou ir, não tive coragem antes [...] A gente orienta, mas o uso de preservativo não ocorre, muitas vezes” (NGF1 P8)

“[...] eu troco acolhimento por empatia hoje, muito claro no serviço. Onde tu é bem tratado tu volta, onde tu não é bem tratado tu não volta [...] isso não significa que elas perdem o vínculo conosco, pelo menos com as enfermeiras. Elas não perdem o vínculo, porque elas vão lá e dizem “ó, estou fazendo tratamento lá”, elas sabem que a gente vai estar ali quando elas precisarem [...] a saída [para realização do pré-natal no serviço especializado federal] e esse retorno [para a APS] não perde vínculo, porque quando tu é bem tratado, tu retorna, o médico mandando ou não tu retorna. Elas retornam” (NGF1 P4)

“[...] mesmo que um [profissional de saúde] te trate bem, um te tratou mal [a mulher deixa de ir no serviço]” (NGF1 P7)

“O profissional do outro local [serviço de saúde] teria que conversar com essa pessoa [profissional de saúde], ligar para o local [serviço de saúde] de onde ela é, dizer recebe a “fulana” [mulher vivendo com HIV] que ela é daí, eu estou te encaminhando. Eu acho que isso também tem que ser feito. Entre os serviços, tu falar: fulana está aqui na minha frente, veio fazer um exame, eu vou te encaminhar, tu recebe ela aí [no serviço de APS]” (NGF2 P3)

“O serviço especializado federal quando a gestante [vivendo com HIV] ganha o nenê eles sempre mandam, a gente sempre recebe [notificação] na consulfarma. E, da mesma forma que é enviado que o nenê nasceu, pode ter um controle assim [relacionado às mulheres que dão alta], pelo menos a unidade [de APS] ficar sabendo [da alta hospitalar]” (NGF2 P7)

“As gestantes que ganham nenê lá que são HIV, lá no serviço especializado federal elas já saem com uma nota dizendo quando, o dia que o bebê tem que voltar [no serviço especializado] e elas tem que fazer a consulta também. Elas já saem de lá assim. Com a data marcada da consulta. Agendada. Então o município onde ela pertence veio esse documento. Pra saber que naquele a pessoa tem que ir” (NGF2 P3)

“Os profissionais tem que dar mais importância para as pessoas que eles atendem. Às vezes falta um pouco disso, mais humano, e tipo, se tem muita coisa que a gente consegue resolver, e muitas vezes as pessoas não resolvem por que: ah, vou perder tempo com contato telefônico. Então eu acho que deve dar mais importância para o que está fazendo. Por exemplo ontem, tinha uma situação no acolhimento que eu tive que ligar pra 5 serviços [de saúde] diferentes pra conseguir resolver [a demanda]” (NGF2 P7)

“Quando ela [mulher vivendo com HIV] chega na unidade [serviço de APS] a unidade já orientar o dia de retorno na unidade, se ela não comparecer, tem que buscar” (NGF2 P3)

“Sabe que a Casa de Saúde, as gestantes outras [que não vivem com HIV], eles já ligavam pra nós [serviço de APS] quando elas ganhavam nenê pra agendar a consulta da mãe e do bebê [...] Legal também pro serviço especializado federal ligar para as unidades [...] porque aí ela [mulher vivendo com HIV] saía com a data [da consulta no serviços de APS] marcadinha” (NGF2 P7)

“Eu fiquei pensando na referência e contra referência. Como é bom quando a gente recebe a contra referência, tudo direitinho, das gestantes, quando ganham o bebê” (NGF2 P7)

“Com os protocolos tu vai saber que em qualquer lugar [serviço de saúde] que tu for tu vai ser atendido da mesma forma. Eu vi agora no curso de pré-natal que a gente fez e que depois teve a parte prática [...] no fim a gente viu que a forma que eu atendo [no serviço de APS] é a mesma forma que elas atendem [no serviço especializado]. Elas também utilizam os protocolos do Ministério [da Saúde], não tem mistério, todo mundo vai atender da mesma forma como deve ser feito” (NGF2 P7)

“Quando nasce uma criança, ela [o serviço de epidemiologia do município] manda para as unidades [serviços de APS] o dia que nasceu, tipo de parto, se deu algum problema [...] Os [profissionais da APS] ficam sabendo do nascimento [...] Pra gente poder fazer essa busca ativa. Eu acho que isso facilitaria o nosso vínculo. Eu acho que uma conversa entre a gestão da epidemiologia” (NGF3 P4)

“Dentro da carteira da gestante [tem] um formulário que está anexado [...] eu queria saber se ela tem ido para as unidades [serviços de APS] [...] o que aconteceu com aquela gestante, de repente pra vocês [profissionais da APS] preencherem alguma coisa lá [na APS] e voltar [para o serviço especializado]. Porque a gente [gestores da 4ª CRS] tem perguntado para os outros municípios se acontece. É a referência que ta dentro da carteirinha que o serviço especializado federal preenche, se ela [mulher/gestante vivendo com HIV] tá lá na unidade preenche, ela vai e volta com a carteira. Isso é durante a gestação, independente dela ser HIV. É pra todas [...] a carteira com uma folha que tem frente e verso com o que faz referência e contra referência da gestante [vivendo com HIV]” (NGF3 P3)

“No serviço especializado federal não esperam a caderneta de gestante, mas eles colocam no plano de cuidado, anexado na caderneta, teoricamente é assim que é pra funcionar [...]” (NGF3 P10)

“O que vem pra nós [serviços de APS], quando elas [gestantes vivendo com HIV] tão no serviço especializado federal e fazem consulta com a enfermagem ou vão lá para as interconsultas, é aquela folha do serviço especializado federal [instrumento de registro]” (NGF3 P4)

“A vigilância faz mensalmente [a notificação] de todas as mulheres [vivendo com HIV] que entraram lá pra parto ou foram ser atendidas no CO, alguma urgência, emergência, parto prematuro [...] o Núcleo de vigilância [...] [envia] os relatórios do serviço especializado federal, só da testagem rápida de HIV e de sífilis, eu recebia um relatório mensal, fiz tantos [testes] deu positivo, tantos [testes] deu negativo. Aí eu queria saber quantas [testes] deu positivo de sífilis, aí vinha o nome da paciente. Daí eu pedi pras gurias lá [na vigilância] preencher mais completa a história, se fez pré-natal, se não fez, se está sendo tratada, então vem uma história de cada uma [mulher vivendo com HIV]. Eu pedi que elas [vigilância] mandassem para o município de Santa Maria” (NGF3 P3)

Na área da saúde, a comunicação possui um papel fundamental na relação entre os profissionais, indivíduos, grupos, famílias e comunidades, podendo criar um contexto favorável ou desfavorável à relação interpessoal. Por aproximar as pessoas, a comunicação torna o

profissional de saúde apto a acessar o mundo do outro, sua história de vida, contexto de saúde e, com isso, compreender suas necessidades. A partir disso, poderá realizar orientações que efetivamente colaborem para um melhor cuidado da pessoa diante sua condição de saúde (SEQUEIRA, 2014).

Na atenção aos usuários, a utilização da comunicação terapêutica pode representar uma ação terapêutica principal ou completar outra intervenção. Deve ser utilizada pelos profissionais de saúde como uma ferramenta para apoiar, informar, educar e capacitar as pessoas para enfrentar os processos de adoecimento, recuperação da saúde e adaptação a dificuldades e novas realidades (SEQUEIRA, 2014). Nesse sentido, a comunicação assertiva promove sentimentos positivos a medida que traz o respeito às relações. Com isso, há a elevação da autoestima e da autoconfiança, promovendo e melhorando o relacionamento entre as pessoas, que nos serviços de saúde, possuem o foco na atenção à saúde (GRILO, 2012).

As situações de incertezas, dor e sofrimento diante de um diagnóstico de saúde, exigem a intensificação e ressignificação do relacionamento com as pessoas do contexto familiar, ou com os profissionais que atendem ou passaram a atender o usuário. O ato de comunicar-se assertivamente deve ser a essência que, por meio do apoio, sustentará a fé e a esperança. Isso pode ser alcançado por meio de atitudes como questionar o conhecimento do usuário acerca de sua condição de saúde. Estimular o diálogo quanto aos seus sentimentos; conversar e apontar a disponibilidade para auxiliar e esclarecer dúvidas e anseios; questionar quanto às expectativas com o tratamento que está sendo ofertado ou que será ofertado. Levar em conta, as preferências dos usuários, respeitando-as. Estabelecer conversas claras e prudentes, verbalizando a compreensão de seus sentimentos para que possibilite a criação de vínculo entre usuário e profissional de saúde (ARAÚJO; SILVA, 2012).

Nesse sentido, a comunicação terapêutica, orientada intencionalmente a um objetivo terapêutico específico, exige que o profissional ao desenvolver as competências e habilidades como escuta ativa, disponibilidade e aceitação do outro, alie uma série de técnicas verbais e não verbais, utilizando como fio guia a assertividade do discurso e empatia pela condição de saúde do outro. Estas técnicas consistem no toque, no encurtamento de distâncias entre profissional e usuário, o posicionamento, o olhar atento, a qualidade das informações, o silêncio, a focalização, humor, a validação do que foi dito, orientação, *feedback*, dentre outras. Isto ajudará os usuários a resolverem os seus problemas, a melhorar em seu relacionamento consigo e com os outros, e, com isso, adaptarem-se a sua condição de saúde (SEQUEIRA, 2014).

Embora haja complexidade nas interações em saúde, a comunicação assertiva entre as pessoas nos serviços, pode promover a melhoria do estado geral de saúde do usuário, por meio

da ampliação da capacidade de adaptação aos tratamentos e recuperação mais rápida da saúde (SEQUEIRA, 2014). O respeito pelas pessoas, relacionado aos aspectos éticos, considera que a dignidade, confidencialidade, autonomia e comunicação pode apontar, juntamente a outros quesitos, a responsividade do serviço frente às demandas da população que atende. Isso foi apontado no estudo realizado por Shimizu et al. (2016), que mostraram que os serviços de ESF das áreas urbanas do Distrito Federal estão pouco orientados para seus usuários em infraestrutura e articulação entre os serviços. O acesso a APS tem sido descrito como complexo, o que faz com que a porta preferencial seja as emergências dos hospitais.

Tendo em vista que a satisfação com a atenção recebida engloba, dentre outras questões, o acesso aos serviços de saúde e a interação entre os profissionais e os usuários, o estabelecimento de uma comunicação interpessoal pode auxiliar na identificação de fatores que possam relaciona-se ao problema de saúde apresentado, e, com isso, melhorar a qualidade de vida do usuário. Para tanto, o profissional necessita qualificar a sua escuta, por meio de um atendimento que dê espaço para a criação de vínculo, sem que a pressa inviabilize o diálogo, e permitir que o usuário participe das decisões tomadas no processo de cuidado (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013).

Na atenção às mulheres no período gravídico-puerperal, as barreiras de acesso parecem ser as razões prevalentes de não utilização dos serviços de saúde durante o pré-natal (VIELLAS et al., 2014). A não priorização das mulheres vivendo com HIV faz com que as ações se restrinjam à identificação de gestantes com HIV para que possam ser adotadas medidas com o foco na prevenção da transmissão vertical. Isto limita às mulheres que não estão gestantes o acesso ao diagnóstico e o início precoce do tratamento (VIEIRA; BARBOSA, 2017).

Para modificar a atenção oferecida a essa população, o apoio recebido, seja por meio da família ou dos serviços de saúde, pode auxiliar no enfrentamento do HIV. Contudo, a falta de compreensão dos profissionais quanto às dificuldades que a condição de saúde impõe, devido a infecção do HIV, compromete a formação de vínculo e, conseqüentemente, contribui para a não adesão ao pré-natal, pois faz com que as mulheres ausentem-se dos serviços de saúde (SILVA, S. et al., 2015).

O atendimento desrespeitoso, a escassez de orientações e o diálogo e acolhimento insuficiente fazem com que as mulheres vivendo com HIV percam suas expectativas quanto ao recebimento de uma atenção qualificada tanto na maternidade, quanto nos demais serviços de saúde e, conseqüentemente, abandonem o tratamento, comprometendo o estado de saúde da gestante e expondo o filho à infecção pelo HIV. Nesse sentido, o aconselhamento e as orientações recebidas por meio dos profissionais de saúde são essenciais para a conscientização

dessa população quanto a importância da adesão às recomendações profiláticas e de manejo da condição de saúde (SILVA, L. et al., 2015).

Assim como o apoio familiar, o apoio dos profissionais é indispensável. Durante a vivência no serviço, percebe-se o quanto os profissionais estão empenhados em propor meios para que as mulheres obtenham uma melhor qualidade de vida, mostrando o grau de comprometimento. Isso foi evidenciado nos relatos do presente estudo, que ressaltaram a importância do atendimento multiprofissional para o enfrentamento da doença. Deste modo, os profissionais precisam ser capacitados para aconselhar de forma eficiente as gestantes acerca das dificuldades que poderão enfrentar (BRINGEL et al., 2015). Isto envolve ofertar informações, entender como se dá a rotina do usuário e como o mesmo faz o tratamento, incentivar o desenvolvimento de habilidades, sobretudo de organizar-se quanto aos cuidados da condição de saúde e de disponibilidade da rede de atenção à saúde, no qual haja do vínculo e confiança nos profissionais, a partir do estabelecimento de uma comunicação aberta e sincera (BELLENZANI et al., 2013).

Nos serviços de saúde, o estabelecimento de uma comunicação envolve a competência do profissional em adotar uma linguagem clara e informativa, para que haja o entendimento dos enunciados e que isso se converta em comportamentos positivos quanto às recomendações terapêuticas. Quando não há qualidade na comunicação, isso pode interferir na relação profissional-usuário, devido a insuficiência do diálogo, que centra-se, na maioria dos casos, no tratamento e nos problemas de saúde, com pouca ênfase na vida dos usuários (BELLENZANI et al., 2013).

Entretanto, estratégias de comunicação como perguntas abertas, que demonstrem a intenção de entender mais, ou melhor, o contexto de vida dos usuários, ou atitudes empáticas, em que o profissional deixe claro, por meio do diálogo, que, compreendendo possíveis limitações ou dificuldades, reconheça que há outras maneiras de realizar o tratamento, que não somente aquela inicial que não foi benéfica, ou mesmo que existem soluções para os problemas apresentados, mostrando-se solícito a encontrar aquela que seja mais conveniente à pessoa. Essas atitudes dos profissionais repercutem no autocuidado e no bem-estar dos usuários e estreitam o vínculo com o serviço, fazendo com que optem por manter acompanhamento (BELLENZANI et al., 2013)

Com isso, estabelece-se que a comunicação assertiva, centrada na pessoa e no seu contexto, é dever ético e responsabilidade dos profissionais de saúde, para que se garanta, além dos cuidados técnicos prestados, o vínculo e o resgate da confiança entre profissional e usuário.

Para tanto, faz-se necessário aperfeiçoar a formação e a consciencialização dos profissionais quanto a importância da comunicação terapêutica nos serviços de saúde (SEQUEIRA, 2014).

Da mesma maneira em que promover uma comunicação assertiva entre profissionais e usuárias pode facilitar o acesso, entre os serviços que compõe a rede, a comunicação pode tornar a atenção resolutiva, com corresponsabilização e encaminhamentos adequados para cada situação de saúde e doença. Nesse sentido, o apoio matricial entre serviço especializado e APS, expresso por meio da interconsulta e sistemas de transferência (referência e contra referência) favorece o cuidado compartilhado, tendo vista faz uso da personalização, do diálogo, da decisão conjunta, responsabilização e compromisso entre as equipes e os profissionais especialistas matriciadores. Além disso, este apoio funciona como educação permanente, na medida que os profissionais de diferentes categorias ampliam a comunicação ao conduzir os casos de forma compartilhada (CASTRO; CAMPOS, 2016).

Por fim, os resultados obtidos na presente análise revelaram a importância da comunicação assertiva para a facilidade do acesso aos serviços de saúde, essencialmente de APS e Especializado. Sentir-se apoiada, acolhida e pertencente ao serviço fez com que as mulheres vivendo com HIV enfrentassem a maternidade de maneira tranquila, repercutindo na intenção de permanecer com o tratamento e com os cuidados de saúde após o término da gestação.

5.1.1.2 Barreiras de comunicação

As informações da infecção pelo HIV, quando são disponibilizadas adequadamente durante o diagnóstico, seguimento de saúde materno-infantil ou durante os exames de rotina dos filhos expostos, constituem-se como fator tranquilizante às participantes. Entretanto, quando não há a disponibilidade de informações ou quando estas são ofertadas de maneira equivocada podem provocar angústia, pavor e desespero, além de revelar a necessidade de capacitação dos profissionais de saúde para atender as demandas referentes ao HIV.

As falhas, ruídos, inclusive divergência das informações entre os profissionais de diferentes serviços, bem como a dificuldade de trabalhar em equipe multiprofissional, podem sinalizar problemas estruturais da equipe, ausência da corresponsabilização pelo atendimento das usuárias com HIV nos serviços de APS e de comunicação entre os serviços que compõem a rede:

“O médico não chegou a conversar [sobre o HIV], porque pra mim, eu com 19 anos, leiga, isso pra mim deu, acabou, morri e não teve nada do médico perguntar até onde era o meu conhecimento [sobre o HIV], só teve aquela bomba [o diagnóstico], tem HIV, acabou tudo [...] e no primeiro exame dela [filha] o residente fala pra mim que não tinha volta mais, no máximo 3 meses ela tinha, e na época, davam negativado como 6 meses e hoje passa de um ano pra ter liberado o controle [no serviço especializado]. Esperei um tempo, tentei falar com a outra médica aí ela me explicou que não era assim, daí, acalmei, foi passando o tempo, ela foi fazendo os exames e foi negativando [...] tu já está aquele receio, e aí ele [residente] disse que vai paralisando, imagina, vai te falando coisas que não tem cabimento [...] a pessoa parecia que não estava estudando” (NE1)

“[na APS] não tem infectologista, é um clínico que cuida de nós [pessoas vivendo com HIV]. Há um ano eu estava tomando os remédios do HIV como ele me orientou. Quando eu estava grávida e vim consultar aqui [no serviço especializado] meus exames [CD4 e CV] estavam horríveis. A médica disse pra mudar totalmente [a maneira como estava tomando os ARV], eu cheguei aqui e expliquei tudo que falaram lá [no serviço de APS], ela [a médica] achou que eu que estava desinteressada do tratamento, que eu tinha relaxado e eu disse: não doutora eu não relaxei, simplesmente estou fazendo o que me disseram lá [na APS] [...] e ela [a médica] disse “não, o que te disserem lá [no serviço de APS] deixa, espera tu vir consultar aqui [no serviço especializado] e tira as tuas dúvidas” (NE2)

“Nem posto e nem pronto atendimento [estão preparados pra atender pessoas com HIV], se tu chegar lá falando que é soropositivo eles não atendem, porque já aconteceu de eu chegar com muita dor de cabeça, com medo de meningite, com a carga viral alta e apavorada [no PA] pra ver se eles pediam uns exames, e daí no serviço falaram: mas se tu é soropositiva a gente não pode te atender aqui [...]eles [serviço de APS] nunca me deram entrada, a partir do momento que tu fala que é soropositivo eles simplesmente dizem que não tem como te atender” (NE3)

“[os profissionais de saúde] disseram que estava indeterminado [o resultado do exame anti-HIV], aí eu comecei a tomar remédio com uns sete meses [de gestação] [...] porque eu comecei a pedir pra não passar [o vírus] para o nenê [...] eu comecei a pedir pra me darem o remédio” (NE5)

“Eu fui muito com medo [parir no hospital] [...] eu já tinha marcado a cesárea porque o médico me falou que tinha que ser cesárea por causa do HIV, que corria menos risco do bebê pegar [HIV]” (NE6)

“Eu sei que tem o serviço de assistência à gestante com HIV lá [na cidade da participante], mas eu não sei como funciona, tanto que tem uma médica daqui [do serviço especializado] que está fazendo atendimento lá, não sabia se teria todos os medicamentos todos pra serem oferecidos pra mim se eu tivesse entrando em trabalho de parto lá. Então eu prefiro vir pra cá direto. (NE7)

“Eu não gostei muito [do atendimento no momento do diagnóstico do HIV na APS] [...] foi ruim [...] a médica foi lá no juiz e falou que eu parei de ir nas consultas [no serviço de APS] e comecei a vim aqui [no serviço especializado], ela foi no conselho tutelar e falou para o juiz que eu tinha HIV” (NE9)

“[a carga viral] estava boa. Eu tinha ido a Porto Alegre antes [do parto], e fiz uns exames que vem pra cá [são encaminhados para o serviço especializado em Santa Maria], daí estava bom [o resultado dos exames] [...] lá em Porto Alegre [os profissionais] disseram que eu podia ganhar parto normal. Mas o médico daqui [do serviço especializado] disse que era cesárea” (NE12)

“Antes de eu fazer esse teste [rápido] e eles tinham pedido uma segunda coleta de soro do primeiro exame de sangue que o médico pediu [anti-HIV]. Mas ninguém falou o

porquê [...] [a enfermeira do serviço de APS] me chamou numa sala separada e me explicou que deu alteração num dos testes [anti HIV]” (NE13)

“É ruim fazer cesárea, eu [preferia parto] normal [a obtenção da orientação de que seria necessário fazer cesárea] Foi aqui [no serviço especializado] [...] que eles falaram tu é soropositiva e tem que fazer cesárea, se não vai passar o vírus pro bebê. Eu não entendo, não sei se é o certo ou errado, eles são médicos, eles entendem, então tenho que concordar” (NE14)

“A enfermagem não realiza orientações relacionadas à condição de saúde das mulheres, somente as encaminha. Não oferta informações relacionadas ao HIV, tratamento ou quaisquer tipos de orientação” (NO Ala B)

“A paciente não fez questionamentos, somente respondeu aos questionamentos médicos. Nenhuma orientação foi ofertada” (NO Ala B)

“A gestante fazia acompanhamento no serviço especializado municipal e estava com dificuldades de adesão a medicação. Mostrou-se confusa quanto a tomada dos ARV” (NO AGAR)

“A residente conversou com o acompanhante (irmão da gestante) que não soube dizer nenhuma informação quanto à adesão à medicação. Quanto a dificuldade da gestante em tomar a dose correta da medicação, a residente fez alertas quanto a importância de ingestão correta dos medicamentos sem interrupções e, caso percebesse efeitos indesejáveis, avisasse o serviço para rever a terapia. Entretanto as orientações restringiram-se a isso” (NO AGAR)

“O acadêmico não investigou nada sobre o HIV e pouco acolheu a gestante. Questionou acerca do estado de saúde da gestante, porém, somente anotava as respostas, sem interagir com a gestante” (NO AGAR)

“Quanto ao HIV, somente perguntou qual medicamento estava utilizando. Nenhuma orientação ou questionamento quanto HIV foi realizado (exames CD4/CD8 ou CV, adesão, consultas em outros serviços)” (NO AGAR)

“As orientações quanto aos cuidados no puerpério e com o RN são ofertadas no CO (as enfermeiras relataram que geralmente elas não fazem questionamentos quando chegam na maternidade). Como essas mulheres vêm do CO com a medicação para inibição da lactação já em uso (Cabergolina), já recebem orientações quanto a não amamentação” (NO Maternidade)

“As enfermeiras referiram desconhecer quais informações são ofertadas por outros profissionais, mas que da enfermagem, como as pacientes não manifestam dúvidas, as orientações não são dadas. Relataram ainda que as mulheres geralmente não gostam de receber orientações quanto a não amamentação na presença das outras puérperas e que, com isso, ficam receosas” (NO Maternidade)

“A gestante não soube explicar ao certo como estava medicando-se e havia, em seu prontuário uma notificação da farmácia da UDM, que a retirada da medicação estava irregular. Não havia, segundo a residente, pronunciamento do serviço especializado municipal quanto a conduta de retirada irregular dos ARV. A residente ainda relatou durante a consulta que não havia nada escrito no prontuário, e que seria necessário entrar em contato pra saber como era tomada a medicação” (NO AGAR)

“O acadêmico mostrou-se pouco atento às queixas da paciente, demonstrando pouco domínio das orientações e cuidados à gestante. Questionou acerca da utilização de medicamentos concomitantes aos ARV e, ao questionar sua ingestão de ARV, o fez de maneira superficial, sem efetuar questionamentos ou orientações. Exames relacionados ao HIV ou a gestação não foram explicados à gestante. Respondeu aos questionamentos da paciente com pouca propriedade do assunto. Fez exame de toque

vaginal e prescreveu medicamento tópico para gardenerella, explicando a importância de tratar a infecção bacteriana vaginal” (NO AGAR)

“A enfermeira relatou a dificuldade de comunicação entre os serviços especializados e isso provoca a insatisfação da equipe de saúde, que sente-se sobrecarregada ao assumir uma demanda maior do que a possibilidade do serviço, tendo em vista que a unidade de saúde especializada responsabiliza-se, no momento, pelo atendimento das gestantes que são encaminhadas da APS” (NO Casa 13)

“Dificuldade de comunicação entre os serviços especializados, pode ser evidenciada em situações como o caso de gestantes com HIV pouco aderentes a medicação e as consultas de pré-natal, quando consultam no serviço especializado hospitalar, não há retorno das dificuldades à unidade de saúde especializada” (NO Casa 13)

“A médica reduziu os anseios e medos da mulher, provenientes de informações equivocadas recebidas de um médico que, conforme relato da usuária, disse que ela estaria “produzindo tumores” devido ao HIV e isso provocou pânico, pois ela considera-se muito aderente aos cuidados com a medicação e organismo, o que reflete na sua CV indetectável. A divergência de informações revela a dificuldade de acesso à informação que os usuários encontram nos diferentes pontos de atenção” (NO Casa 13)

“O exame laboratorial mostrou que a usuária ainda não está imune ao HBV, pois durante a gestação não tomou a 4ª dose da vacina, pois segundo relato, a profissional do serviço de APS orientou à ela que não seria necessário). Novamente percebe-se a dificuldade de obtenção de informações e condutas corretas entre os serviços, bem como a necessidade de maior coordenação entre os serviços e capacitação profissional” (NO Casa 13)

“As enfermeiras não souberam especificar quais os exames que as gestantes e RN são submetidos na unidade, ou enquanto sua permanência” (NO Maternidade)

“Eu nunca tinha pensado nisso [a saúde mental dessas pessoas vivendo com HIV], talvez uma falha que a gente tenha tido com a saúde mental dessas pessoas” (NGF1 P4)

“[...] a dificuldade dos profissionais conseguirem informações do serviço especializado e ter essa contra referência. Vai para o serviço especializado quando se encaminha, não se sabe o que aconteceu com aquela paciente, falando específico do HIV, e a própria usuária acaba assumindo como referência o serviço especializado e não retorna mais pra acompanhar na unidade. Tem o receio dos profissionais, é uma questão difícil de lidar, até que ponto eu posso conversar com a usuária e pedir informações, muitas vezes a pessoa pode se constranger e não querer comentar, não se abrir, é bem com relação a equipe estar preparada, realizar um bom acolhimento [...] pra fortalecer esse vínculo e se manter na atenção primária [...] Eles tem que estar acompanhando e precisam dessas informações, do que ta acontecendo no acompanhamento no serviço especializado” (NGF1 P2)

“Durante essa gestação, ela tem que ser buscada com a gente, pra que a casa dela é lá naquela unidade, é onde ela vai retornar, onde ela vai fazer as consultas depois, é lá a referência. O nenê depois vai ser atendido lá. Se não ela se perde, porque ela fica só no serviço especializado, ela tem o bebê e a unidade não fica sabendo [...] tem que ter esse retorno” (NGF1 P3)

“É importante o serviço especializado dar essa orientação [de que a mulher deve retornar para acompanhamento de rotina na APS] pra ela lá [no serviço especializado durante a gestação]” (NGF1 P7)

“E também [que a mulher vivendo com HIV] reconheça o valor, a importância desse acompanhamento [de saúde] na atenção primária [...] é lá que é perto da casa dela” (NGF1 P2)

“[...] tu sabe tudo que aconteceu com o paciente. Mas nós temos um problema, os médicos não botam no prontuário [...] inclusive os exames” (NGF1 P4)

“Isto foi uma tristeza [a orientação dada no serviço especializado federal] porque foi depois que a gente fez o curso de pré-natal, ficou já acordado, delas irem para o pré-natal de alto risco e lá eles falarem que não precisava fazer o pré-natal na unidade. Só que mesmo assim elas iam [na APS], porque a gente orientou” (NGF1 P7)

“E a gente tá falando só de Santa Maria, todos os municípios a gente vê essa dificuldade que ainda existe de perder o vínculo [com os serviços de APS]” (NGF1 P2)

“No serviço especializado federal tem uma folha, tá vindo a folha [plano de cuidado]. Inclusive tem coisas que tem na folha e eles não colocam na carteirinha, e eu coloco. Entendeu. Eu boto e escrevo no prontuário. Porque a gente sabe que às vezes o serviço especializado federal está cheio de coisas” (NGF1 P4)

“Lá no serviço especializado federal eles abraçam elas [mulheres vivendo com HIV] e aí eles [profissionais de saúde] não querem largar [as usuárias]. Eles sabem que lá elas tão sendo bem atendidas. Que eles não confiam, dependendo de onde vai, se vão acompanhar elas [...] através da planificação, a parte toda do cuidado no serviço de referência do alto risco para as gestantes, não só pra HIV, foi criado através de várias reuniões, um formulário, uma ficha, que não faz muito tempo que tá circulando, pra qualquer gestante. Então lá no serviço especializado federal é escrito tudo que acontece com ela, com quem ela passou, e vai junto na caderneta da gestante [...] pra quando ela chegar lá na unidade [serviço de APS] eles [profissionais de saúde] saberem. Só que já tem algumas queixas que a unidade [APS] não preenche, então está se trabalhando pra melhorar isso através da planificação” (NGF2 P3)

“O núcleo de vigilância epidemiológica tem a obrigação de ir ali conversar com vocês [profissionais enfermeiros da APS]: tem a fulana que ganhou bebê na semana passada, o nenê já tá em casa [...] o que eu faço [na 4ª CRS], como o município recebe [gestantes com HIV], e não vou ser eu que vou ligar pra unidade [serviço de APS], mas tem alguns municípios de fora que eu ligo pro município: aconteceu isso e isso e isso essa mulher [com HIV] deu alta [hospitalar]. [A enfermeira responde] eu já sei e já visitei ela e a gente já foi atrás [por meio da busca ativa]” isso eu recebo de volta [na 4ª CRS]. E quem [mulheres com HIV] elas [enfermeiras dos serviços de APS] nem sabem, elas tem que ir atrás [fazer busca ativa]” (NGF1 P3)

“Elas [mulheres com HIV] que vão [até o serviço de APS], a gente telefona. Eu acho que falta a gente estar trabalhando mais junto com a política de HIV e com a regional [...] esse retorno, se não é gestante, pra mim é muito difícil. A não ser que elas vem até mim. Eu não tenho como ir até elas. Eu tenho uma região muito grande. E eu acho que facilitaria os serviços desses 3 entes [CRS, política de HIV e APS]” (NGF1 P4)

“[...] se agora com o prontuário eletrônico, às vezes a informação não tá ali, imagina prontuário de papel de uma unidade pra outra” (NGF1 P7)

“[...] articular os serviços, sentar junto com todos e conseguir definir estratégias, trabalhando todos juntos. Todos os níveis de atenção, pra poder construir, organizar, essa rede. Não é a gestão sozinha, não é o serviço especializado, não é a atenção básica, são todos. E eu acho que é possível. E a gente já tem avançado bastante, principalmente na materno infantil, e agora temos que entrar na linha do HIV, pra conseguir esse contato mais próximo. Eu acho que isso que se perdeu com o tempo, o sentar junto, o conversar, o dialogar, conseguir discutir o que, os fluxos, como organizar tudo, pra melhorar o atendimento [...]” (NGF1 P2)

“Uma capacitação que vai ter que acontecer, pra sensibilizar os profissionais [...] A ideia da linha de cuidado da pessoa vivendo com HIV, que é uma linha que o estado vem trabalhando com outras regionais, mas que em Santa Maria essa linha não avança. E esbarra sempre nos profissionais. Então, tem que sensibilizar esses profissionais pra que eles atendam esse paciente. Eles não se sentem habilitados pra isso [...]” (NGF1 P3)

“Eu acho que falta uma capacitação para os profissionais [de saúde] que não atenderam [as mulheres com HIV] nessas unidades [serviços de APS]. Que não precisam encaminhar tudo para a assistência especializada” (NGF2 P9)

“[...] Quando a gente tá na ponta, e tem um problema na tua frente, e tu não tem retaguarda [...] pra fortalecer a atenção básica, a gente precisa de uma retaguarda forte” (NGF1 P4)

“Ela [mulher vivendo com HIV] não vai ficar indo e vindo [na rede], tem que partir de um serviço e seguir o fluxo, um protocolo de acordo com o que é prioritário pra ela, da necessidade dela, sem ficar com a usuária passando em tudo que é serviço. Cada serviço atender a paciente e fazer os encaminhamentos adequados [...] que todos os profissionais saibam como fazer os encaminhamentos” (NGF2 P3)

“Acho que [os profissionais de diferentes serviços de saúde] falar a mesma língua, uma das coisas que eu acho importantes [...] [os serviços de saúde] ter contato, ter diálogo” (NGF2 P5)

“[É necessário] os serviços [de saúde] se conversarem” (NGF2 P7)

“Eu acho que tem que ter uma sensibilização maior dos profissionais que atendem lá na ponta [nos serviços de APS]. Pra eles entenderem que eles são o início do processo. É lá que tudo acontece, é lá que ela [mulher vivendo com HIV] mora, eles que tem que saber se ela está indo na consulta ou não, fazer a busca [ativa]. Não só vai para o alto risco, e depois não [retorna para a APS] [...] [a APS] não se responsabiliza por ela [mulher vivendo com HIV]. Quem se responsabiliza é o alto risco [serviço especializado], só que depois que o nenê nasce, é pra lá [serviço de APS] que ela [mulher com HIV] volta. Ela pode ter qualquer outro tipo de problema, é pra lá [serviço de APS] que ela tem que se dirigir” (NGF2 P3)

“Quando elas [mulheres vivendo com HIV] dão alta do hospital, elas recebem uma nota de alta, o hospital teria que entrar em contato [com o serviço de APS]. Lá no serviço especializado federal eles tem os e-mails de todas as unidades [serviços de APS] pra fazer [esse contato]. Quando a usuária dá alta no sábado [serviço especializado] vão avisar na segunda-feira. A gente tem que ir fazer visita [...] pra ver se ela vai fazer todos os outros exames, do bebê, tem o teste do pezinho [...] isso foi construído junto com aquela linha de cuidado [materno-infantil] não funciona 100%. Mas é uma coisa que já está acontecendo [...] hoje o que acontece é o aviso que a mulher [vivendo com HIV] ganhou bebê, mas não pra marcar consulta [no serviço de APS]” (NGF2 P3)

“O serviço especializado federal tem que dar retorno pra unidade [serviço de APS] daquelas que não foram [...] tanto consulta de pré-natal, outras que tenham marcado, aqueles usuários que não estão pegando medicação” (NGF2 P3)

“E a capacitação, a gente [profissionais da APS] fala assim para os médicos da atenção básica, mas para nós enfermeiros, acho que tem que ter, porque a gente também atende [HIV], os agentes [ACS] também fazem visita [domiciliar], todos os profissionais na verdade se envolvem [no cuidado às mulheres vivendo com HIV]” (NGF2 P7)

“Teve essa capacitação para os médicos sobre hepatites, podia ter de HIV uma próxima” (NGF2 P7)

“No serviço especializado federal não é o mesmo sistema [de comunicação] nosso [da APS], a consulfarma, então a gente [profissionais de saúde da APS] não tem como saber [os desfechos das usuárias com HIV no serviço especializado federal]” (NGF3 P4)

“O certo era preencher a carteira e aquilo [ficha] ali seria o plano de cuidado pra unidade [serviço de APS] saber o que está acontecendo com ela na consulta [no serviço especializado]” (NGF3 P3)

A comunicação entre os profissionais e os usuários da rede de serviços, pode revelar o interesse junto ao usuário, trazendo satisfação à medida que estreita o vínculo e faz com que o usuário sintá-se à vontade com o profissional. Esta relação é fundamental para o estabelecimento de uma relação positiva que acarretará o vínculo na atenção à saúde. Além disso, as orientações e o apoio com relação aos exames e tratamentos, consistem em incentivos para adesão às recomendações. Bem como tornam benéfica a relação entre profissional e usuário (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013), aproximando-os do serviço de saúde.

Para as mulheres vivendo com HIV, o diagnóstico da infecção faz com que enfrente dificuldades pessoais, familiares e sociais, permeadas pelo estigma. Isso faz com vivencie episódios de angústia e medo (MELO et al., 2017). Frente a isso, a equipe de saúde possui papel fundamental no apoio durante o momento do diagnóstico. Esse apoio pode ser expresso por meio da escuta atenta dos medos, das angústias e dando suporte para o enfrentamento das emoções desencadeadas. A utilização do aconselhamento pré-teste como estratégia pode facilitar o processo de comunicação. Consistindo em um importante momento para estabelecer vínculo, o diálogo construído a partir de uma relação de confiança pode proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras de enfrentar seus problemas (MASSIGNANI et al., 2014).

Entretanto, as dificuldades enfrentadas pelas mulheres, independente da condição sorológica consistem em ter acesso, inicialmente, à descoberta da gestação, que parece ser um fator importante de atraso no início do pré-natal. Após, as dificuldades estão em conseguir a internação para o parto e a conseqüente peregrinação para o mesmo. As barreiras compreendem a ausência de estrutura e condições para atendimento, falta de profissionais para atendimento, principalmente do médico, ausência de insumos, equipamentos ou vagas para acolher a gestante ou o recém-nascido. Além disso, condições que classifiquem a gestação como de risco clínico ou obstétrico parecem inviabilizar o acesso aos serviços. Isso demonstra, por vezes, a baixa qualidade da atenção à saúde no ciclo gradívico puerperal. Ainda, quando o atendimento acontece, é permeado por atitudes desrespeitosas e preconceituosas (VIELLAS et al, 2014).

As precárias orientações recebidas durante o pré-natal evidenciam que as mulheres iniciam a maternidade com pouca preparação, inclusive durante o pós-parto. Às mulheres não infectadas pelo HIV, a baixa qualificação refere-se ao pouco incentivo ao parto vaginal e amplia-se para a pouca atenção aos cuidados com o RN como a amamentação, com orientações focadas no caráter biomédico (VIELLAS et al., 2014).

Os profissionais de saúde parecem não receber capacitação ou atualização para as questões envolvendo a infecção pelo HIV ou a aids para atuar frente às demandas de saúde das mulheres sabidamente vivendo com HIV. Para que isso seja revertido, o envolvimento dos gestores é essencial para promover o encontro entre as equipes multiprofissionais, para que possa haver a troca de experiências, informações e discussão de casos (LEMOS et al., 2016). Muitas vezes, a capacitação para atender pessoas vivendo com HIV parte da própria experiência profissional, por meio de aprendizado informal e pelas trocas de informações com outros profissionais da equipe (MASSIGNANI et al., 2014). Entretanto, para que haja qualidade na prática em saúde, a experiência profissional deve estar aliada às melhores evidências científicas disponíveis.

Essa comunicação durante o atendimento clínico permite que sejam abordados assuntos para além da discussão de casos, como avaliação de uma situação problema, para escolha de uma intervenção, para registro dos fatos ocorridos durante a consulta e o planejamento das ações em saúde (SEQUEIRA, 2014), que envolve a corresponsabilização e articulação entre os diferentes pontos da RAS, transferência de usuários entre os serviços rede. Algumas vezes, entretanto, os profissionais apresentam dificuldades em comunicar-se dentro da equipe e entre os diferentes serviços de saúde, colocando em risco a qualidade da atenção à saúde aos usuários (NOGUEIRA; ROGRIGUES, 2015).

Quanto a integração entre os serviços, a APS, em especial da ESF, necessitam corresponsabilizar-se pela atenção às pessoas vivendo com HIV. Isto se faz necessário tendo em vista que estes serviços desconhecem sua população vivendo com HIV e, quando conhecem os casos de HIV, não se responsabilizam pelo cuidado ou pelo acompanhamento do tratamento. Assim, o serviço especializado deve estimular e orientar a utilização dos serviços de APS, pois o grau de integração entre os serviços é decisório pra o desfecho favorável do acesso (MEDEIROS et al., 2016).

Quanto às mulheres vivendo com HIV, a ausência de comunicação entre os profissionais inviabiliza o acompanhamento durante a gestação ou puerpério. Isso faz com que não seja possível evitar desfechos negativos como a transmissão vertical do HIV, pelo não cumprimento das recomendações do MS. Muitas mulheres que chegam aos serviços de saúde para a

realização de curetagem pós-aborto, por exemplo, muitas vezes recebem alta hospitalar antes mesmo de receberem o resultado das suas sorologias. Isto demonstra que ações como aconselhamento pré e pós-teste não são utilizados da maneira correta, apontando as falhas na detecção dos casos de HIV. Além disso, aquelas mulheres que completam a gestação ao mesmo tempo que há a transferência para a consulta puerperal, não se sabe se o acompanhamento efetivamente ocorreu, devido às falhas nos registros e não comunicação entre os serviços (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014).

Além disso, prevalentemente é de conhecimento dos profissionais do serviço especializado a rotina de solicitação de exames para a gestante (no pré-natal, parto ou após aborto), a profilaxia da transmissão vertical do HIV e o encaminhamento da puérpera para consulta puerperal, que se responsabiliza, também, pela busca ativa das mulheres faltosas, notificação e encaminhamento dos casos. Entretanto, não se evidencia a mesma responsabilização dos demais pontos da rede, inclusive dos serviços de APS. Apesar de haver a preocupação com o acompanhamento pré-natal das mulheres infectadas pelo HIV, as oportunidades perdidas para tratar gestantes e seus filhos revela a falha organizacional e de agilidade dos serviços, que podem acarretar em prematuridade e transmissão vertical da infecção. Em serviços especializados, como hospitais universitários, as falhas na atenção à saúde dessa população ainda permanecem ocorrendo, apesar de os profissionais conhecerem o fluxo de transferência e as recomendações necessárias (RAMOS; FIGUEIREDO; SUCCI, 2014).

Nesse sentido, reafirma-se a importância da articulação e corresponsabilização entre os serviços de saúde para atenção às pessoas vivendo com HIV, tendo em vista que é de responsabilidade da RAS o acolhimento, acompanhamento e resolução dos problemas de saúde que afetam essa população, não devendo essa atenção ser restrita aos serviços especializados (MEDEIROS et al., 2016).

Para as mulheres vivendo com HIV, o presente estudo mostrou que as informações ofertadas pelos profissionais possuem efeito tranquilizante durante o diagnóstico e seguimento de saúde materno infantil, incluindo o momento de realização dos exames de rotina dos filhos expostos. Contudo, as barreiras presentes na comunicação evidenciam a lacuna referente às demandas do HIV nos serviços de APS e Especializado, na qual a ausência de responsabilização compartilhada torna dificultoso o trabalho em rede.

5.1.1.3 Barreiras culturais

O sigilo diagnóstico e o preconceito podem ser considerados barreiras para o acesso nos serviços de APS e Especializado. As mulheres se sentem seguras para acessar o serviço em que podem confiar na equipe de profissionais:

“Na cidade pequena, as todas as pessoas sabem o que acontece, sabem que as terças e quintas o médico atende HIV. Em grande parte não dificultam a ida das pessoas ao serviço de APS, porque elas não ficam lá [dentro do serviço]” (NE2)

“Eles [profissionais do serviço de APS] não olhavam com outra cara pra gente, a maioria das pessoas olhava [com preconceito]” (NE4)

“Aqui [no serviço especializado] as pessoas [profissionais de saúde] conversam com a gente, não tem preconceito [...]. Lá [na cidade referida pela participante] era bom o atendimento especializado em HIV, a médica que me atendia sempre ajudava, falava assim: é uma coisa que acontece, ninguém está livre, e daí depois eu parei de fazer [acompanhamento] por causa do preconceito mesmo [...] lá [no serviço de APS] tem um pouco de preconceito. Até no hospital se tu tem uma gripe e eles verem que tu é portadora do HIV, já falam que tu tem que vim aqui no serviço especializado federal [...] não atendem lá [na APS] [...] eu acho que o HIV não impede nada de olhar [atender] e dar um remédio [...] é só preconceito, por isso que eles não atendem [as pessoas com HIV]” (NE6)

“Eu acredito que os profissionais não são ruins, são mal treinados ou mal assessorados quanto a como proceder com a pessoa. Lá [na cidade da participante] eu escuto dos profissionais comentando sobre os pacientes. E isso é uma coisa que incomoda, tenha que ter uma ética” (NE7)

“Quando eu fui [em outro serviço] eu sofri bastante preconceito daí eu parei o tratamento, me deu a toxoplasmose e aí eu vim pra cá [serviço especializado], e comecei a fazer o tratamento [...] lá [serviço especializado municipal] uma profissional começou a me julgar, me fez umas pergunta de preconceito, eu vi que era uma pessoa que não estava preparada, aí eu parei, não fui mais. Me senti atacada” (NE8)

“Uma vez na gravidez me deu pneumonia, daí a profissional me disse assim, “tu vai ter que internar, mas não comenta que tu está com HIV, porque às vezes tu não é bem atendido [...] as pessoas vão ficar sabendo [do diagnóstico] e tem preconceito. Até a gente tem um pouco de preconceito” (NE11)

“Foi bem complicado [comparecer ao serviço de saúde especializada] [...] um conhecido vê a gente entrar ali já sabe [...] as pessoas tem o preconceito, tem medo até de sentar onde tu senta, tomar o mesmo copo de água [...] marcam lugar no sofá, botam dois copo no bebedor, preconceito [...] graças a Deus os profissional que eu encontrei foram uns profissional muito bom [não tinham preconceito]” (NE12)

“Aqui [no serviço especializado] eles pedem tudo que precisa [...] como tu está te sentindo, como tu está indo nas consultas, tudo eles perguntam. Então isso daí é atenção, e o sigilo. Isso é bastante importante” (NE13)

“O CO responsabiliza-se pelo sigilo das informações que restringem-se ao prontuário. A psicóloga e assistente social conversam acerca de questões como HIV e sigilo (quando mostram-se com dúvidas)” (NO Maternidade)

“A residente questionou a condição sorológica do parceiro (soronegativo) e sobre o sigilo diagnóstico (somente o marido e a mãe dela sabem)” (NO AGAR)

“A residente orientou quanto a presença de um acompanhante, quanto ao sigilo diagnóstico (se os familiares sabiam da condição de saúde, para evitar a revelação do diagnóstico)” (NO AGAR)

“E a gente faz esse contato logo que [a mulher] chega, fulana ali [mulher com HIV esperando] pediu pra falar contigo [enfermeira da ESF], daí ela já sabe pra não falar na frente [das outras pessoas]. Então acolher, acho que é tu respeitar esse momento, eu acho que se a pessoa chegar na unidade, a gente tem Agente de saúde, então acho que é mais fácil esse contato, porque a gente conversa com a enfermeira e pede pra ter um olhar diferenciado. E ter a possibilidade desse contato com a enfermeira que vai acolher, então se ela [mulher com HIV] chega na recepção, e ela fala “eu preciso conversar com a enfermeira” ou “fui indicada, orientada pela ACS ela pediu pra eu falar com a enfermeira, aí teria que ser com ela” a gente já tem até com a própria recepcionista, quando alguém chegar pedindo, sondando de formas diferentes é porque já sabe que o assunto é mais delicado” (NGF1 P5)

“[...] pessoas vivendo com HIV: então eu [vivendo com HIV] moro perto da tua [enquanto profissional de saúde] casa, mas eu não quero que tu saiba [o diagnóstico da infecção pelo HIV], porque tu é uma agente [ACS] e eu não me dou bem contigo. Então, eu jamais vou ser atendida naquela unidade que a pessoa mora lá. Como é que vão saber que eu tenho HIV? [...] a questão do preconceito, do sigilo. Então isso pode de repente dificultar o acesso. Elas trocam, elas fazem pré-natal numa outra unidade, porque eu não quero que elas saibam o que eu tenho, e depois elas não voltam [...] isso é importante quando o agente [ACS] for fazer visita, frisar assim, independentemente de ser HIV ou não, manter o sigilo, eu como agente não vou ficar sabendo se o teste [rápido anti-HIV] der positivo, isso não é pra passar pra todos, é para os profissionais” (NGF1 P3)

“A questão do preconceito, de todo mundo ficar sabendo [do diagnóstico de infecção pelo HIV] [...] a base de tudo é a ética profissional” (NGF1 P1)

“É a ética do profissional, a ética é tudo [...] Eu acho que envolve a confiança [nos profissionais de saúde]” (NGF2 P5)

O processo de descentralização do diagnóstico da infecção pelo HIV teve como propósito ampliar as possibilidades de acesso, incluindo a APS como porta preferencial para testagem, porém não a única, na perspectiva de facilitar o fluxo de detecção e transferência entre os serviços de saúde. Entretanto, questões como o sigilo e revelação do diagnóstico podem produzir conflitos entre profissionais e usuários (ZAMBENEDETH; SILVA, 2015).

Os profissionais de saúde possuem o dever de utilizar códigos de ética em suas relações de trabalho. Estes códigos são expressos por meio do sigilo, da confidencialidade e da privacidade (SEQUEIRA, 2014). O grau de compromisso dos profissionais em garantir uma atenção ética, definirá a escolha do usuário pelo serviço, ou seja, aquele que desperta confiança ao usuário para que possa relatar seus problemas, inclusive sua condição sorológica (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013; ZAMBENEDETH; SILVA, 2015).

Além dos conflitos éticos e do medo da revelação do diagnóstico pelos profissionais, a familiaridade com as pessoas que integram a comunidade pode, igualmente, trazer preocupação com a privacidade e o sigilo, tendo em vista que a possibilidade de rompimento do sigilo

(ZAMBENEDETH; SILVA, 2015) pode ocasionar danos morais, sociais e emocionais, alterando a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV. Tais danos enfrentados pelos indivíduos vivendo com HIV originam-se do preconceito e da discriminação dos vizinhos, família e de si mesmo (MEIRELLES et al., 2010).

Para as mulheres vivendo com HIV, a vulnerabilidade social advinda de construções históricas e culturais de gênero da infecção pelo HIV traz um diferente desafio que pode estar relacionado a rejeição, a decisão de revelar a condição sorológica ao parceiro sorodiscordante. Como se a mulher guardasse um segredo oculto de relações amorosas extraconjugais e de promiscuidade (FERNANDES et al., 2017).

Mesmo não fazendo parte dos grupos estigmatizados no surgimento dos primeiros casos da epidemia, as mulheres vivendo com HIV sofrem dupla carga de julgamento, devido às desigualdades de gênero e devido à infecção pelo HIV (PORTO; SILVA; VARGENS, 2014; VILLELA; MONTEIRO, 2015). Esse estigma torna-se ainda mais forte quando a mulher torna-se gestante, podendo comprometer a adesão ao tratamento e às recomendações de profilaxia da TV. Além disso, o medo da discriminação, o abuso e a negação de atendimento por parte dos serviços de saúde pode dificultar a realização do teste rápido para o HIV pelas mulheres (SILVA, S. et al, 2015).

Quando submetidas ao teste, em caso de diagnóstico da infecção, o preconceito pode representar uma barreira para acesso ao serviço. Os profissionais, que apesar do conhecimento técnico e científico e do discurso de igualdade na atenção à saúde, prestam um cuidado distanciando e mecanicista na presença do HIV, devido ao preconceito e discriminação (PORTO; SILVA; VARGENS, 2014).

Nesse sentido, os comportamentos apresentados pelos profissionais definirão o retorno da mulher ao serviço de saúde. A falta de respeito, de sigilo e de discrição aponta a necessidade de maior responsabilidade e cautela quanto ao procedimento de testagem anti-HIV, no que tange o sigilo quanto ao diagnóstico. O baixo desempenho dos profissionais do serviço, bem como a frequente rotatividade de funcionários, faz com que a atenção à essa população seja insatisfatória e com ausência de vínculo e, como isso, acarrete o abandono das recomendações para manutenção à saúde e prevenção da TV (SILVA, S. et al., 2015).

Além disso, a falta de acolhimento, o estigma e o preconceito, apesar de não impedirem que as mulheres continuem suas vidas e trajetórias reprodutivas (VIEIRA; BARBOSA, 2017), fazem com que as mulheres procurem por serviços de saúde independente da qualificação dos profissionais, aliando-se à escassez de profissionais na APS para a realização do pré-natal em gestantes com HIV (SILVA, S. et al., 2015). A percepção, por parte das mulheres, de serem

tratadas de maneira inferiorizada, devido ao HIV, faz com que o ambiente terapêutico seja de silêncio, devido à falta de confiança nos profissionais (MELO et al., 2017).

Os resultados do presente estudo mostraram que as mulheres vivendo com HIV optam pelo serviço de saúde em que podem confiar nos profissionais, no que tange o sigilo de sua condição de saúde. Isso reflete no estabelecimento de vínculo com os profissionais o que aproxima a usuária do serviço de saúde e amplia as chances de manutenção satisfatória da condição de saúde, estando a mulher gestante ou não. Nesse sentido, ressalta-se a importância da conscientização os profissionais de saúde quanto a necessidade de se investir em estratégias de acompanhamento que sejam pautadas em critérios éticos e de valorização do contexto de vida das pessoas, seus aspectos sociais e psicológicos. Isso poderá evitar a perda de seguimento das mulheres no puerpério, bem como aproximá-las dos serviços de APS, mediante uma equipe de saúde que respeite e acolha essa população.

Ainda, faz-se necessário repensar a forma de organização e de gestão do trabalho nos serviços de APS e Especializado, para que seja dada maior importância à formação dos profissionais para atenderem pessoas vivendo com HIV, ao aprimoramento daqueles que já encontram-se atuando nos serviços e à supervisão das ações nos serviços (FERNANDES et al., 2017), para que as iniquidades éticas e barreiras de acesso possam ser superadas.

5.1.2 Acessibilidade Temporal

A APS presta atendimento oportuno às mulheres, quando as mesmas procuram pelos cuidados, entretanto o tempo de espera, seja para agendar ou para receber algum cuidado, por vezes, não impede o acesso, mas pode provocar insatisfação quando há demora no serviço de saúde. Algumas mulheres consideram o serviço especializado mais rápido que a APS, isso pode contribuir para minimizar a insatisfação quando há demora para recebimento ou agendamento de algum cuidado, inclusive de testagem e de resultado de exame. Ainda, a modalidade de agendamento para disponibilização dos cuidados pode dificultar o acesso aos serviços de APS nos dias determinados para o atendimento.

“Uma pessoa que por causa do HIV está bem debilitada, gestante, e não pode trazer acompanhante, ficar pra lá e pra cá é um tormento. Se dá pra ti resolver tudo com a enfermeira, resolve tudo com ela. Tu chega aqui, tem que ficar naquele “filão”, aquele tempão de pé e esperar” (NE2)

“Aqui [no serviço especializado o atendimento], vale nota 10, porque atende muito bem [...] o problema é a demora uma, duas horas sentado [...] lá [no serviço de APS a dificuldade] é a demora” (NE5)

“Quando eu sou atendida no serviço especializado federal, geralmente demora mais um pouco, pra fazer algum exame que seja mais complicado, mas eu não vejo dificuldade, tem a espera, mas eu não me importo de esperar pra ser atendida aqui [no serviço especializado]” (NE7)

“O atendimento é bom, o ruim são as filas, demora um pouquinho [...] e [o tempo de] espera pra consulta que às vezes é bem demorado” (NE8)

“Acho que eles [no serviço de APS] não têm tanta atenção como deveriam de ter, a gente não [deveria] precisar ficar esperando pra marcar uma consulta [...] pra ti agendar uma consulta [no serviço de APS] tu tem que esperar um tempão, aqui [no serviço especializado] não, aqui é mais rápido. Até pra ti ir lá [no serviço de APS], pra ti marcar um dentista, tu tem que pegar ficha e ainda fica esperando [no serviço especializado] o atendimento é melhor, pra ti marcar ou remarcar uma consulta é bem rápido” (NE10)

“O tempo de espera [dificulta o atendimento no serviço especializado municipal]” (NE11)

“A dificuldade [no serviço especializado] é de conseguir uma consulta. E o atendimento lá é rápido, só que como é muita gente, acaba demorando. Quando consegue a consulta já tem vários na tua frente [...] e às vezes, depende do especialista, demora muito pra gente conseguir a consulta. Se tu precisa com urgência não consegue de imediato, demora um pouco” (NE13)

“O paciente deve ir à APS consultar com um médico e relatar sua necessidade. O médico faz então um encaminhamento e o paciente entra em uma fila única via CRS e de lá o paciente é encaminhado ao serviço especializado federal. Ele disse que casos mais urgentes são preferenciais (como casos em que o paciente está debilitado e com o estado de saúde mais comprometido devido ao HIV), no entanto, algumas vezes são realizados encaminhamentos desnecessários, que não configuram urgência. Noutras vezes, pacientes que deveriam ser encaminhados com urgência, não são” (NO Ala B)

“A unidade de serviço especializado assume uma demanda maior do que a possibilidade do serviço, tendo em vista que responsabiliza-se, no momento, pelo atendimento das gestantes que são encaminhadas da APS. Além disso, há a necessidade de incorporar novos profissionais à equipe, como médicos infectologista e clínico geral, além de estagiários (residentes e acadêmicos) no serviço” (NO Casa 13)

“O enfermeiro aconselhou que fosse realizado somente o teste para sífilis, ao invés de ofertar todos os testes, tendo em vista que a mulher encontrava-se em janela (não considerou a possibilidade de ela já estar infectada pelo HIV ou HCV ou HBV). Orientou que a mesma retornasse em 60 dias para a realização de todas as sorologias e repetição do teste de sífilis” (NO Casa 13)

“O serviço está sem infectologista para atender as mulheres que se enquadram na pesquisa. Até que se efetive a contratação de um novo profissional, não há consultas da população de estudo agendadas. A observadora consultou a agenda de atendimentos do outro infectologista e não havia agendamento de nenhuma gestante ou mulher que havia tido gestação recente” (NO Casa 13)

“A farmacêutica, após questionar o motivo de procura pelas testagens, alertou que a unidade de serviço especializado não fazia muitos testes rápidos em um único turno devido ao tempo dispensado em cada teste, da atenção. Orientou acerca da janela imunológica (a jovem mencionou que não estaria em período de janela). Orientou a

jovem a retornar em outro turno para a realização das sorologias. Como a jovem relatou que não poderia comparecer em outro turno, a farmacêutica ofertou uma requisição de exames laboratoriais (HIV 1/2, sífilis, HBV e HCV) e pediu que ela trouxesse os resultados ao serviço, independente se não apresentassem alterações” (NO Casa 13)

“Quando os casos não são urgentes e já tem muitos pacientes agendados, os pacientes provenientes do acolhimento são realocados para outro dia da semana” (NO UBS)

“A agenda das consultas com o cirurgião dentista abre na segunda-feira e, de tanta procura, fecha no mesmo dia. As gestantes são agendadas a qualquer momento, a partir da demanda de 1ª consulta do PN, pois são pacientes considerados preferenciais. Caso necessitem de retorno, possuem agendamento livre” (NO UBS)

“Houve procura para testagem e a unidade de serviço especializado optou por não realizar os testes, tendo em vista que a pessoa estava em janela imunológica” (NO Casa 13)

“A psicóloga esclareceu acerca dos dias em que são ofertadas as testagens e que normalmente o serviço não realiza a testagem de pessoas que estiverem em período de janela imunológica, pois, segundo ela, isso pode ser prejudicial por criar um imaginário de ausência da infecção em pessoas com falso negativo, devido ao período de soroconversão” (NO Casa 13)

“[acesso é] elas [mulheres com vivendo com HIV] terem a oportunidade de serem atendidas quando chegarem na unidade, quando elas tiverem procurando pelos serviços [...] pra mim é um muro tanto quanto a recepção [do serviço] não receber bem, é a questão de ter esses enfermeiros com agenda. Um dia eu faço pré-natal, no outro dia eu faço CP [exame citopatológico]. Eu acho que isso dificulta o acesso. Eu acho que tem que ser bom, tem seis consultas com a enfermeira por turno, bem qual é as seis consultas? Livre [...] inviabiliza [a ida ao serviço de saúde], muitas [mulheres] são trabalhadoras” (NGF1 P4)

“Infelizmente, mesmo com todo o processo da planificação, ainda sim as unidades trabalhando com dia específico pra procurar atendimento” (NGF1 P2)

“O acesso, é tu chegar e ser atendida [...] Tem que testar [realizar o teste para o HIV], nós temos que ver quantos usuários estão precisando de acesso. Como é que tu vai negar que a pessoa saiba o diagnóstico porque vai demorar a primeira consulta?” (NGF1 P3)

“Tu tem pacientes agendados, mas a maior parte do turno, eu estou no acolhimento. E depois quando eu estou atendendo algumas pessoas que estão agendadas, se técnico avisar que chegou um acolhimento depois, se ele acha necessário, ele passa pra mim. Acho que o acolhimento é o mais importante do nosso trabalho” (NGF1 P7)

“Na questão da regulação, as gestantes [vivendo com HIV] tem prioridade. Então ela sempre vai ser agendada primeiro que as outras. Claro que avaliando todos os riscos, dependendo do histórico de HIV de uma paciente estabilizada, e aí tem outras mais graves, mas elas não esperam muito na fila não. Ela é atendida dentro daquele mês. E depois se ela [gestante] passa a ser só mulher HIV, se ela é uma paciente aderente, ela vai fazer as consultas de tanto em tanto tempo. Ela entra em uma outra regulação, já tem uma fila maior” (NGF2 P3)

Para que um serviço de saúde seja considerado provedor acesso, este deve estar localizado em região de fácil acesso, possuir flexibilidade de horários e de dias para consulta, de maneira a permitir que os usuários tenham possibilidade de buscar resolução para os seus

problemas de saúde. Essas condições devem ser consideradas na estruturação dos serviços especializados e da APS, dentre outros serviços de saúde (STARFIELD, 2002).

Entretanto, no que tange a organização, a entrada no sistema de saúde é afetada pelo tempo de viagem (deslocamento), tempo de espera para agendamento das consultas, para o atendimento e para a chegada da ambulância quando necessário (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Nesse sentido, quanto menor for o tempo para as realizações das ações, melhor será a acessibilidade, refletindo em sua utilização.

As barreiras relacionadas ao tempo relacionam-se, também, a demora em conseguir consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico (BRANDÃO; GIOVANELLA; CAMPOS, 2013). Esses atendimentos são, em sua maioria financiados pelo nosso SUS, como mostrou um estudo realizado em Pelotas/RS, no qual quase 50% dos atendimentos eram por meio público. Essa Política Pública, apesar de prever o acesso irrestrito à toda população, ainda esbarra em dificuldades estruturais e falhas de processo, como a negação ou adiamento de atendimentos pelo falta de fichas de atendimento, falta de profissionais, como médicos, o que reflete também, na demora para a consulta que, muitas vezes, extrapola o período de uma hora (NUNES et al., 2014).

Nesse contexto, tendo em vista que a organização do serviço pode influenciar no acesso, o acolhimento pode ser uma ferramenta de atuação interdisciplinar que, diferente das fichas de atendimento que tornam a recepção da unidade um lugar detentor de poder decisório quanto ao acesso ou não do usuário, não é excluyente e facilita o recebimento dos cuidados (FINKLER et al., 2014).

A falta de acesso e maior tempo de espera em filas para consultas é mais prevalente em serviços que atendem usuários com menor capacidade econômica e com menor escolaridade. Desvelando o impacto das desigualdades socioeconômicas no acesso aos serviços de saúde (NUNES et al., 2014). As barreiras de acesso podem originar-se, também, de questões como gênero e estigma, como ocorre com as mulheres vivendo com HIV, devido a relação entre sua capacidade reprodutiva de gestar uma criança e a possibilidade de transmissão vertical (VILELLA; MONTEIRO, 2015).

No presente estudo, as mulheres entrevistadas relacionaram a demora para agendar ou receber cuidados, inclusive testagem e resultado de exame, à insatisfação com o serviço de saúde. Independente da condição sorológica, durante a gestação, a dificuldade de obtenção dos exames laboratoriais ou de imagem e a demora no atendimento são fatores que provocam insatisfação com o serviço no qual realiza acompanhamento. Nesse sentido, o tempo de espera pelos resultados de exames, a insatisfação com os horários das consultas restringem a

acessibilidade, representando entraves para o acompanhamento em saúde (SILVA, L. et al., 2015).

Além disso, algumas mulheres participantes do estudo em tela, consideram o serviço especializado mais rápido que a APS. As dificuldades de acesso e o tempo de espera igual ou superior a uma hora é maior quando se procura atenção na APS, sinalizando a necessidade de intervenções que solucionem esses entraves, tendo em vista a necessidade de se fortalecer a APS enquanto porta preferencial de entrada no sistema de saúde (NUNES et al., 2014). Por outro lado, os serviços especializados em HIV, como os Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) são melhores avaliados pelos usuários no que tange o tempo de demora para o recebimento dos cuidados, como exames (SILVA, M. et al., 2015). Frente a isso, a necessidade de se buscar a qualidade na atenção às mulheres vivendo com HIV que buscam os serviços de APS e Especializado, sobretudo a APS, faz-se necessário para que seja possível compartilhar o cuidado, descentralizando a atenção que se dá de forma majoritária no serviço especializado.

5.1.3 Acessibilidade Geográfica

A disponibilidade de transporte para o serviço especializado ou a possibilidade de locomover-se via transporte próprio pode facilitar o percurso até o serviço de saúde, favorecendo o acesso. No caso do serviço especializado, essa facilidade contribui para o acesso, mesmo o serviço sendo considerado distante. Além disso, a distância e necessidade de deslocamento, faz com que as mulheres prefiram ser atendidas na APS, embora considerem satisfatório o atendimento no serviço especializado. A proximidade do serviço de saúde de suas residências pode facilitar o acesso:

“Fácil pra mim [vir ao serviço especializado] foi só o transporte de lá [cidade de residência] pra cá [Santa Maria] e daqui pra lá. Eu dizia que precisava ir pra Santa Maria, já no outro dia já davam jeito de arrumar um carro e me mandar [para o serviço especializado]” (NE2)

“Nunca foi difícil [comparecer ao serviço especializado], sempre me pegaram ali em casa o carro da saúde, porque se não ia ser sempre difícil, porque a gente não tem como ir, então toda consulta eu ia” (NE4)

“Daqui [no serviço especializado] eu venho de transporte, lá [serviço de APS] é perto de casa [...] [gostaria de] consultar lá [na cidade de residência] a gente cansa” (NE5)

“Ao longo desses 18 anos todas as vezes que eu tive que vim, eles me trouxeram [...] eu chego aqui, quando eu sou atendida em relação ao pré-natal, tudo que foi solicitado

ali [no serviço especializado] eu fui sempre atendida, os exames sempre foram marcados rápido, não teve demora” (NE7)

“É difícil vir de ônibus até o serviço especializado porque tenho que pegar dois ônibus, eu moro pra fora” (NE8)

“Sim [utiliza o serviço de APS], porque pra mim é mais perto da minha casa [...] eu sinto muita dor [no baixo ventre], até pra caminhar, pra ir no mercado, [caminhar até] o posto já dói. É por isso que pra mim era mais fácil no posto, qualquer dorzinha era mais perto pra ir” (NE10)

“Poderia ter uma farmácia aqui perto [no cento] [...] porque, um dia tu perde pra consulta, outro dia pra pegar os remédios [...] eu sempre fui de carro pra lá [serviço especializado], é um pouco longe” (NE11)

“Eu ia ali naquele posto [UBS], pertinho [...] e agora eu estou [morando] em outro bairro, daí seria para o posto [outro serviço de APS]” (NE12)

“A única coisa que é mais fácil [no serviço de APS] é que é mais perto da minha casa [...] as dificuldades do serviço especializado são a distância, e os horários, que eu saio de casa às 6h30 da manhã, mas não é um problema tão grave” (NE13)

“[o que facilita a ida ao serviço de APS] porque era perto [da moradia]” (NE14)

“[para promover o acesso às mulheres vivendo com HIV deve-se] facilitar o percurso dessa usuária em todos os serviços, não só na Atenção primária” (NGF1 P7)

“Aqui em Santa Maria é muito mais complicado, não tem como nos outros municípios pequeninhos, o que eles fazem, eles trazem as gestantes [vivendo com HIV] de lá [município de residência] pra cá [para o serviço especializado]. Então tá agendado, o município sabe, eles têm uma lista de quem tem agenda naquele dia. Eles colocam dentro de um micro-ônibus e trazem pra consulta” (NGF2 P3)

“Tem gente [usuárias] que não tem dinheiro pra andar pra lá e pra cá [peregrinar de um serviço de saúde para outro]” (NGF2 P5)

A distância geográfica aceitável a ser percorrida pelo usuário desde sua residência até o serviço de saúde é objeto de estudo ainda sem consenso (SOUZA et al., 2015). No entanto, sabe-se que há necessidade de fundamentar o acesso no ajuste do sistema de saúde e dos fatores individuais e coletivos, oriundos da comunidade que busca atendimento nos serviços (ESPOSTI et al., 2015).

Durante o ciclo gravídico-puerperal, para que a mulher estabeleça a continuidade da atenção no serviço de saúde, as barreiras de acesso como a localização geográfica dos serviços de saúde devem ser superadas, para que não haja peregrinação entre locais e municípios, distantes, ou descobertos por serviço de ESF. Além disso, quando o serviço que atende essa mulher é distante de sua moradia, há necessidade, muitas vezes, de mobilizar uma rede social e de organizar-se economicamente, pois havendo necessidade de gastos com transporte, isso pode tornar-se um empecilho ao comparecimento nos serviços. Nesses casos, a mulher pode

abandonar o serviço e o sistema de saúde local nem ao menos se dá conta disso (ESPOSTI et al., 2015).

A indisponibilidade de serviços que atendam às necessidades das mulheres e que sejam próximos aos locais de moradia, com sistemas de marcação de consultas e exames que nem sempre facilitam a ida aos serviços, consistem em dificuldades. No entanto, quando há disponibilidade adequada, o acesso ao pré-natal se torna viabilizado (ESPOSTI et al., 2015).

O presente estudo mostrou que, para as mulheres vivendo com HIV, a acessível disponibilidade de transporte público facilita a ida ao serviço e faz com que a distância da residência não seja um fator limitante ao comparecimento às consultas e cuidados. Entretanto, a necessidade de deslocar-se até o serviço especializado, que localiza-se em território considerado longe para as mulheres, faz com que prefiram ser atendidas nos serviços de APS, pela proximidade geográfica.

Os serviços de APS são locais onde majoritariamente as gestantes realizam o pré-natal em condições consideradas ausentes de risco. Entretanto, na presença de complicações, há necessidade de acompanhamento, também, em serviço de referência, que, em alguns casos é difícil (VIELLAS et al, 2014). Entende-se que para que haja uma resposta efetiva para o tratamento e manutenção do estado de saúde na presença de morbidades, faz-se necessário não somente transferir o usuário para os serviços de APS, sem que se estabeleça condições plausíveis para o recebimento e atendimento dentro do serviço, no que tange sua estruturação (SOUZA et al., 2015).

Às pessoas vivendo com HIV, o acesso é majoritariamente dificultado, como mostra uma pesquisa realizada em Recife/PE. Entretanto, ser atendido em um serviço de APS parece facilitar o acesso, embora outro estudo, também realizado em Recife/PE, mostre que nesse município, a rede de atenção às pessoas vivendo com HIV é composta por SAE e CTA, não havendo a participação da APS (ABRÃO et al., 2014). Entretanto, a existência de fluxos éticos entre os níveis de atenção permite que os usuários, enfatizando-se as gestantes vivendo com HIV, transitem entre APS e serviço especializado sem que desvincule seu cuidado de um, em detrimento de outro, compreendendo-se a necessidade de acompanhamento conjunto (COSTA et al., 2016).

O processo de transferência para o serviço especializado, sem que haja continuidade do acompanhamento no serviço de APS expõe a dificuldade de descentralização e de fortalecimento da RAS às gestantes vivendo com HIV, pois, nesse caso, não se está considerando a mulher e sim a mãe que tem a possibilidade de transmitir ao filho o vírus nesse momento de sua vida (gestação), trazendo-se o foco para a transmissão vertical, e excluindo a

mulher gestante, que vive com HIV, de uma atenção centralizada em suas particularidades e contexto de vida (COSTA et al., 2016).

Quando a mulher descobre-se soropositiva durante a gestação, o cuidado na APS se torna coadjuvante da atenção recebida no serviço especializado, recebendo a mulher somente para casos pontuais no puerpério. Contudo, faz-se necessário que se ofereça meios para que a mulher desenvolva sua autonomia para cuidar de si e de seu filho (COSTA et al., 2016), inclusive, para que exerça sua preferência, de acordo com a maior facilidade de acesso, quanto aos serviços de APS e Especializado que buscará atenção. Para tanto, almeja-se que a RAS e os pontos que dela fazem parte, estejam suficientemente preparados para atender essa população, de maneira compartilhada.

5.2 UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE APS E ESPECIALIZADO

Os resultados analisados no tema acessibilidade refletem na extensão e no tipo de utilização dos serviços pelas mulheres vivendo com HIV, coerente com o referencial de Starfield (2002). Se a acessibilidade pode começar pelo usuário, por orientação profissional ou por exigência administrativa, a utilização pode ocorrer por meio de uma consulta, da investigação de um novo problema de saúde, do acompanhamento de um problema preexistente ou do recebimento de ações e serviços preventivos. Salienta-se que esse contato com os serviços, embora ocorra em todos os pontos de atenção, embora na APS a procura parte preferencialmente dos indivíduos, enquanto que nos serviços de maior densidade tecnológica o uso é mais frequentemente desencadeado pelo profissional de saúde.

A análise dos resultados das entrevistas e observações participantes indicaram que o primeiro contato com o serviço de saúde se deu por uma situação (exposição ao HIV ou adoecimento) que fez com que as mulheres buscassem o teste anti-HIV, ou pela gestação, quando receberam o diagnóstico:

“Tive uma gripe forte, e daí quando surgiu os boatos eu vim no médico [...] aquela gripe começou do nada e quase 40 de febre e já apareceu um nódulo no pescoço. Aí eu vim, consegui uma consulta na infecto, e daí o primeiro exame que eu fiz já foi diagnosticado [...] quando eu engravidei a ficha caiu de tudo [do diagnóstico de HIV], eu já não pensava mais em mim, me informei, me meti, tirei a saber bem da situação, como é que era [a gestação com HIV] e, até que ponto [pode transmitir ao filho] [...] as chances se eu me cuidasse, se eu me tratasse, a chance de não ter do que ter [transmissão ao filho do HIV], aí eu encarei: eu vou me tratar, vou fazer o que tem que fazer e dei a volta por cima” (NE1)

“Eu era casada e o meu falecido esposo não sabia que ele tinha [HIV], ele adoeceu e foi consultar, o médico pediu os exames, perguntou se ele era casado e mandaram eu fazer [o exame] e deu que eu era positiva também” (NE2)

“Eu não tinha noção importância da situação [do diagnóstico], porque eu estava com meu companheiro, ele tinha [HIV], eu achei que ele não sabia, depois que ele faleceu eu descobri que sim, que ele sabia” (NE3)

“[a descoberta do diagnóstico] foi quando estava grávida de seis meses no posto de saúde” (NE4)

“Eu já sabia que eu tinha que tomar os remédios direito, pra não passar pra ele [filho]. Na outra [gestação] eu nem sabia que [tinha HIV], fui saber depois que eu ganhei o meu primeiro [filho], porque só mostrava indeterminado meus exames, depois que eu ganhei [o filho] que mostrou que eu tinha [HIV]” (NE5)

“[...] eu tive um namorado, que é o pai dele [do bebê]. Depois que nós nos separamos, eu descobri que eu estava grávida. Eu falei com ele e ele me apoiou [...] E daí tinha uma agente de saúde, sabia que ele tinha, daí ela falou: vou te pedir mais uns exames. Não tinha me falado pra não me assustar, e eu disse claro [...] e eu fui fazer exame, eu tinha consulta, cheguei na médica e ela disse que eu estava com HIV [...]” (NE6)

“Eu descobri o diagnóstico [do HIV] bem antes da gestação. Eu tenho HIV faz 18 anos. E quando eu descobri foi aqui no hospital mesmo [no serviço especializado], eu tive vários problemas de saúde e daí eu fui encaminhada pra cá [para o serviço especializado]. Eu adquiri HIV através da transfusão de sangue quando eu fiz uma cirurgia, quando eu era pequena” (NE7)

“Eu fui no postinho pra fazer teste rápido de gravidez. Daí eu fiz o teste rápido [anti-HIV] e apareceu” (NE10)

“[descobriu o HIV] quando eu fiz o pré-natal, o meu ginecologista é de lá [município de origem], aí eu comecei a fazer tudo lá [era um consultório particular]” (NE11)

“[diagnóstico do HIV] foi junto com a gravidez. Eu descobri que estava grávida de quatro meses e descobri também a doença” (NE12)

“Foi nessa gestação [diagnóstico]. Foi na primeira consulta no posto de saúde que eles fazem todos os exames e testes rápidos e quando ela fez os testes das doenças, pra minha surpresa, porque eu não esperava, esse deu positivo [teste anti-HIV]” (NE13)

“Eu engravidei da minha filha com 16 [anos], fui abusada [sexualmente]. Quando ganhei a minha filha [...] eu fui nas consultas [e a partir do teste anti-HIV], constou que eu era [soropositiva para o HIV]” (NE14)

“As ações realizadas no serviço consistem em acolhimento a todos que acessam o serviço, aconselhamento, que ocorre nos dias de testagem rápida (3^{as} e 4^{as} à tarde e 5^{as} e 6^{as} de manhã). São testadas até quatro pessoas ao dia, pois os profissionais acreditam que o aconselhamento e o processo de testagem demandam tempo e não podem ser feitos rapidamente. São ofertados os seguintes testes rápidos: HIV, HCV, HBV e sífilis. Esses testes, caso a pessoa concorde, são feitos ao mesmo tempo, respeitando-se o tempo de cada teste para a confirmação do resultado.” (NO Casa 13)

“Quanto às ações realizadas no serviço, há testagem rápida para HIV, sífilis, HCV, HBV e teste de gravidez. São realizados curativos, verificação de PA, HGT, retirada de pontos de sutura. Toda a gestante na primeira consulta de pré-natal com a enfermeira recebe as testagens rápidas” (NO ESF)

“Eu atendi uma gestante, fiz a primeira consulta, pedi os exames. E daí eu disse, o nosso protocolo aqui é fazer todos os testes rápidos no companheiro também [...]”

quando eu comecei a fazer os testes rápidos [no companheiro] positivou o HIV. Ela [gestante] já tinha feito [os testes rápidos] na primeira [consulta] e tinha negativado [o resultado do teste anti-HIV] [...] eu olhei pra ela [gestante] e disse: vou te pedir o exame, tu vai ter que coletar o sangue agora, pedi uma papelada de exames pra ele [companheiro] também, e provavelmente vão ligar pra ti refazer o teste [...] tu vai ser encaminhada pra o serviço especializado municipal, começar provavelmente o tratamento [...] a gente [serviço de APS] por enquanto vai ficar tratando [o HIV] aqui. Acompanhando ela.” (NGF1 P4)

O teste anti-HIV é o primeiro passo para iniciar o processo de resposta à infecção pelo HIV. Muitas mulheres descobrem ser soropositivas durante a gestação, a partir da orientação dos profissionais da equipe de saúde durante as consultas pré-natais (BRINGEL et al., 2015; MIRANDA et al., 2016). Noutras vezes, em busca de resolução de problemas de saúde associados ao HIV, as mulheres buscam os serviços de saúde. Estes consistem em serviços de APS, CTA, centros de referências e maternidades, com incremento de testagens para o HIV na APS (GUANABARA et al., 2014).

Tendo em vista que grande parte das mulheres descobrem a infecção pelo HIV durante a gestação, sinaliza-se a importância do acompanhamento pré-natal, no que tange os cuidados com a saúde, rastreamento de doenças, dentre elas o HIV, orientações e, em caso de soropositividade, recomendações para a evitar a transmissão vertical, início do tratamento com antirretrovirais e demais cuidados durante o parto, puerpério e cuidados com o filho exposto (BRINGEL et al., 2015).

Além do pré-natal, a suspeita do diagnóstico pode ocorrer mediante a descoberta do *status* sorológico do companheiro, levando a mulher a buscar o serviço de saúde, bem como a presença do vírus pode ser revelada quando há percepção de risco ou sintomatologia, sendo necessário a avaliação de saúde. Nesse momento, a partir do teste anti-HIV, há a revelação do diagnóstico (OLIVEIRA et al., 2015; ABATI; SEGURADO, 2015).

O momento de descoberta da soropositividade é considerado como uma experiência impactante, com interferência nas relações familiares e sociais e implicação direta no prognóstico e na vulnerabilidade dos parceiros sexuais (SOUSA et al., 2015; ABATI; SEGURADO, 2015).

Essas questões revelam a importância dos serviços de APS e Especializado, tendo em vista que é nesses locais onde descobrem-se soropositivas e serão os profissionais de saúde que farão o acompanhamento. Nesse sentido, deverão tomar decisões e ofertar uma atenção que considere a importância da articulação entre os diferentes serviços para que, de maneira compartilhada, acolha e permita o acesso de mulheres, gestantes ou não, vivendo com HIV. Nesse sentido, a RAS tem um papel crucial na redução de desfechos negativos na atenção às

mulheres vivendo com HIV, no que tange o conhecimento da infecção pelo HIV ao realizar o pré-natal, o parto ou durante o puerpério (COSTA et al., 2016).

Além da integração entre os serviços, intervenções programáticas como aberturas de CTA, estruturação de serviços de APS e Especializado para o oferecimento de testagem para o HIV, bem como a descentralização para a APS, atuando conjuntamente para o diagnóstico precoce, além do incentivo financeiro aos municípios, pode auxiliar no acesso ampliado aos serviços de saúde e aproximação do serviço com usuários vivendo com HIV.

No estudo, o acesso tanto ao serviço de APS, quanto ao serviço especializado se dá via transferência e/ou fluxo entre os serviços. Em algumas situações o acesso ao serviço partiu da indicação do profissional, noutras, o acesso ao serviço partiu da usuária. A APS responsabiliza-se, na maioria das vezes, pelas demandas não relacionadas com o HIV, apesar de compartilhar o atendimento com o serviço especializado em casos de imunizações, atendimento sem urgência e exames:

“Eu acho que deixei de usar a APS depois de descobrir [o diagnóstico] porque qualquer coisinha era aqui [no serviço especializado], eu até poderia ir, ficar gripada, com rinite já acabei indo no posto, mas só. [no serviço especializado] somente os dias das consultas [com a infectologia] se me gripar, eu como já sou paciente, eles vão me mandar para o posto [...] aqui [no serviço especializado] não vão atender, vou chegar na emergência e vão dizer: não mas aqui a gente não pode te atender, vai para o posto, a não ser que eu tenha alguma coisa, consequência [do HIV], e eu diga que já sou paciente, eles possam atender lá [no serviço especializado] se for uma emergência sim” (NE1)

“Tudo que eu fazia lá [no serviço de APS] eu trazia pra cá [serviço especializado] e tudo que eu fazia aqui [serviço especializado] eu levava pra lá [no serviço de APS], para o médico se orientar” (NE2)

“[frequentava] só o posto e lá [no município de origem] e o médico da gestante. Aqui [no serviço especializado] eu vim depois, antes eu não vinha pra cá. Na época eu levava ele [o filho] em outro município, só que daí depois eles mandaram ele [o filho] pra cá [no serviço especializado]” (NE4)

“[conseguir um encaminhamento] é difícil lá [no município de origem], porque tem que passar primeiro pelo médico, aí a médica quer tratar [no próprio serviço de APS] e aí é meio difícil trazer encaminhamento pra cá [serviço especializado]” (NE5)

“Consultava [no serviço de APS] quando eu estava irritada eles mandavam aqui no serviço especializado federal. Eu vim aqui [no serviço especializado], faz dois anos, pra reiniciar o tratamento, depois eu desisti [do tratamento] porque começaram a falação que eu tinha HIV, até de estudar eu parei” (NE6)

“Depois que eu descobri [o HIV] por causa da gestação, comecei a vir aqui no serviço especializado federal e comecei a tomar os remédios. [Veio para o acompanhamento no serviço especializado porque] o posto me encaminhou pra cá. Eu fiz todos os exames lá [APS] e daí eles e encaminharam pra cá. [Fez] o exame de gravidez e aquele teste rápido [para o HIV] e naquele teste rápido três deu irregular, daí eles me pediram o de sangue [...] eu vou [no serviço de APS] quando preciso tomar vacina” (NE9)

“Eu acho que não é preciso [utilizar a APS] [...] faço acompanhamento aqui [no serviço especializado] só vou [no serviço de APS] pra fazer as vacinas [...] eu disse pra ela [profissional do serviço de APS] que eu já tinha a autorização da médica pra tomar a vacina [e a profissional da APS] disse que estavam em campanha. Mas duas vacinas ali rapidinho, 10 minutos não ia [tomar muito tempo] [...] lá [no serviço de APS] eles me mandaram direto pra cá [para o serviço especializado] porque era gravidez de alto risco [...] [após o nascimento da filha] até um ano é aqui [no serviço especializado], foi o que eles [profissionais do serviço especializado] me disseram, pra acompanhar, pra ver se [a filha] não vai ter o vírus. Daí depois sim, queria que eles encaminhassem pra lá [para o serviço de APS] que é mais perto [...] eu não [tenho intenção] de voltar a consulta lá [no serviço de APS], porque eu acho que aqui [no serviço especializado] tem mais recurso [pra o próprio acompanhamento de saúde]” (NE10)

“O meu ginecologista é de lá [cidade no qual a usuária consultava], daí eu comecei a fazer tudo lá [pré-natal], era um consultório particular [...] aí eu vim para o serviço especializado municipal me tratar daí ela me encaminhou pro serviço especializado federal pra fazer o pré-natal [...] [sempre consegui a atenção necessária na serviço especializado municipal] [...] até mesmo fora dos horários de consulta, se eu precisar a médica vai me encaminhar pra algum lugar [...] [realizar acompanhamento conjunto no serviço de APS serviço especializado municipal] pode ser mais fácil para conseguir os exames” (NE11)

“Tomei a medicação [e fiz acompanhamento] no serviço especializado municipal e no posto médico [serviço de APS] [...] e a única coisa que eu fiquei meio assim é que eu já estava consultando com um ginecologista lá na APS, aí a gente pega um outro médico desconhecido. Aquele era conhecido desde o começo da gravidez, a gente se sente mais à vontade” (NE12)

“[no momento do diagnóstico a mulher fazia acompanhamento no serviço de APS]. Não [continua o acompanhamento na APS] por que eles [serviço de APS] me mandaram pra cá [serviço especializado] [...] [se pudesse escolher] continuaria [o acompanhamento] por que é bom o acompanhamento deles lá [no serviço de APS]” (NE13)

“Eu estava fazendo o pré-natal [no serviço de APS], daí o médico me disse: tu é infectada, tu não pode fazer o pré-natal aqui, tu tem que ir pra lá [serviço especializado] [...] eu sempre [utilizei o serviço de APS e quando engravidei o médico transferiu] pra cá [serviço especializado] [agora somente frequento o serviço de APS] pra me vacinar” (NE14)

“Segundo a profissional, a população alvo do estudo está concentrada na APS e que a transferência entre os serviços segue uma lógica confusa. Dentro do próprio serviço especializado federal, a transferência entre os ambulatórios é feita via sistema informatizado pelos médicos. A enfermagem do ambulatório não toma conhecimento desse processo” (NO Ala B)

“Ele [o profissional] referiu que o paciente deve ir à APS consultar com um médico e relatar sua necessidade. O médico faz então um encaminhamento e o paciente entra em uma fila única via CRS e de lá o paciente é encaminhado ao serviço especializado federal. Ele disse que casos mais urgentes são preferenciais (como casos em que o paciente está debilitado e com o estado de saúde mais comprometido devido ao HIV), no entanto, algumas vezes são realizados encaminhamentos desnecessários, que não configuram urgência. Noutras vezes, pacientes que deveriam ser encaminhados com urgência, não são. O profissional atribui essa falha a possibilidade dos responsáveis pela transferência não serem especializados ou terem pouco conhecimento de infectologia” (NO Ala B)

“Orientação da enfermagem é que a gestante deve manter acompanhamento na rede básica, aliado ao serviço especializado federal, contudo, não sabe quanto à conduta da

equipe médica. As primeiras consultas são agendadas via 4ª CRS juntamente à rede básica” (NO AGAR)

“A partir da primeira consulta define-se quais pacientes são consideradas alto risco. Caso a gestante não seja de alto risco, retornará à rede básica. Sendo considerada de alto risco, ficará no serviço especializado federal” (NO AGAR)

“Profissional da medicina relatou que essa informação [de que é possível utilizar o serviço de APS durante a gestação conjuntamente ao serviço especializado federal] não é dada às gestantes, pois as mesmas restringem-se ao serviço especializado federal. Além disso, outra profissional relatou que atualmente está em discussão nas reuniões com os serviços de saúde, que as gestantes com HIV iriam para acompanhamento no serviço especializado municipal. As que apresentassem estado de saúde estável (quanto à infecção pelo HIV), sem nenhum outro agravo a saúde, iriam para acompanhamento na rede básica de saúde” (NO AGAR)

“O profissional que aplica o teste mantém-se responsável pelo atendimento completo e encaminhamento (em caso de resultado reagente)” (NO Casa 13)

“A profissional relatou que uma puérpera vai ao serviço para retirada dos pontos de sutura” (NO ESF)

“A profissional relatou que no momento não há gestantes em pré-natal, que a gestante que estava em acompanhamento já pariu. Também não há puericultura de criança filha de mulher com HIV” (NO ESF)

“A profissional referiu que dificilmente as mulheres com HIV consultam no serviço, normalmente consultam no serviço especializado federal ou serviço especializado municipal” (NO ESF)

“A puérpera em acompanhamento na unidade optou pelo acompanhamento pré-natal somente na ESF” (NO ESF)

“As gestantes diagnosticadas com HIV consultam com o profissional responsável pelo atendimento pré-natal somente 2 vezes, sendo depois transferidas para o serviço especializado federal. E que, no momento, não havia nenhuma mulher em acompanhamento” (NO UBS)

“São realizados testes rápidos para gravidez, HIV, sífilis, HCV e HBV. Em caso de resultado reagente para o HIV, a profissional liga para o serviço especializado municipal e encaminha o/a usuário/a. Em caso de resultado reagente para sífilis, solicita-se o exame VDRL para saber titulação da bactéria e já se aplica medicação. Quando o resultado dá positivo para hepatites, o médico da unidade já realiza o tratamento” (NO UBS)

“Quanto ao retorno das gestantes com HIV, o profissional encaminha após a 2ª consulta para o serviço especializado federal e, dependendo da condição de saúde da gestante, o serviço especializado federal encaminha para atendimento conjunto entre serviço especializado federal e APS, mas normalmente as gestantes permanecem com acompanhamento somente no serviço especializado. Após o final da gestação o acompanhamento é conjunto” (NO UBS)

“As pacientes são internadas via CO, não havendo internação de pacientes que não passaram pelo CO” (NO Maternidade)

“É uma usuária como outra que vai no serviço pra fazer um preventivo, uma vacina, uma consulta de enfermagem geral. Eu acho que não tem uma ação específica para esse público, mas é um público geral” (NGF1 P7)

“O atendimento [à mulher vivendo com HIV], a ação é geral, mas ação específica [ao HIV], lá [no serviço de APS] nós não temos nenhuma” (NGF1 P6)

“Primeiro passo [da ACS em caso de gestante com HIV] é resolver com a enfermeira [da ESF], levar o que está acontecendo e encaminhar o usuário pra estratégia” (NGF1 P1)

“Na ESF, com a enfermeira, a gente [ACS] tem esse contato, ou eu ligo, ou bilhetezinho ou a gente dá o nome da paciente [com HIV]” (NGF1 P5)

“A questão de ir no especialista é que as demandas referentes ao HIV é no serviço especializado” (NGF1 P2)

“O alto risco vai pro serviço especializado federal. Só que o caso de gestante, independente de por que ela foi pro alto risco, e HIV entra dentro disso, ela faz a consulta no serviço especializado federal, e com a enfermeira. Ela continua com o vínculo. Ela não fica no serviço especializado federal. E o que me entristeceu hoje é ouvir que tem unidades que estão largando as gestante pro serviço especializado federal e que não estão retornando [...] elas [mulheres vivendo com HIV] chegam com uma referência [para o serviço de APS], por “n” motivos, [...] tu fez atendimento com ela, ou já atendeu alguém da relação delas [...] as unidades básicas deveriam ser referência das estratégias e não do público, que quer ir” (NGF1P4)

“As redes correspondem ao percurso das mulheres nos serviços, esse itinerário que ela percorre nos diferentes pontos de atenção para que sua demanda seja solucionada” (NGF2P7)

“Quando elas entram na atenção básica [...] elas fazem a testagem na unidade e depois disso elas já encaminham as gestantes para o serviço especializado municipal, só que agora não tem mais uma obstetra que atenda ou uma infecto que faça esse atendimento por ela [...] depois o encaminhamento já é para o serviço especializado federal [...] A gestante com HIV fica no serviço especializado federal toda a gestação [...] a paciente [depois da gestação] estabilizada, não precisa ir lá [no serviço especializado] toda hora, se aderiu ao tratamento, é uma vez por ano [que consultará no serviço especializado]. Somente irá [no serviço especializado] todo o mês pegar medicamento e volta [para o serviço de APS] [...] [no serviço especializado], quando a gestante [vivendo com HIV] vai na primeira consulta, ela não passa só pelo obstetra, ela passa pelo enfermeiro e passa pela nutri, uma psicóloga, uma equipe multiprofissional [...] passam por todos e avaliam o risco dela. Se ela realmente precisa porque ela é encaminhada lá pro alto risco, se ela realmente vai ficar lá, ou se ela volta pra fazer o pré-natal só na atenção básica” (NGF2 P3)

“[...] os fluxos, os protocolos assistenciais garantem o cuidado às usuárias, mas às vezes acontece a questão de ir [transferirem-se] por conta [as usuárias], não só do HIV, e acabam ficando no alto risco sem essa questão de regulação” (NGF2 P7)

O acesso ao diagnóstico da soropositividade, exames complementares e de seguimento e tratamento com os antirretrovirais (ARV) pode ser realizado em diferentes serviços de saúde, ofertados de diferentes maneiras. Com isso, a atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV, majoritariamente atribuídas aos serviços especializados, passa por um processo de descentralização, incluindo a APS na rede de cuidados ao usuário vivendo com HIV. Almeja-se que tal processo busque a comunicação e compartilhamento do cuidado às demandas que envolvem o HIV sem que haja a mera transferência das ações ou substituição da atenção especializada em detrimento da APS (ZAMBENEDETH; SILVA, 2015).

Entretanto, os problemas estruturais enfrentados pela APS, como a baixa cobertura de ESF em algumas regiões do Brasil, com predominância dos modelos tradicionais de UBS, rotatividade das equipes e a incorporação deficitária de tecnologias de cuidado às pessoas com HIV, fazem com que a atue somente em atendimentos eventuais como retirada de medicamentos e preservativos, vacinação e acompanhamento ginecológico e clínico (LOPES et al., 2014; ZAMBENEDETH; SILVA, 2015)

Tais dificuldades podem, em partes, explicar os achados do presente estudo, no qual a APS parece se responsabilizar, na maioria das vezes, pelas demandas não relacionadas com o HIV. Apesar de compartilhar o atendimento com o serviço especializado em casos de imunizações, atendimento sem urgência e exames. Entretanto, não realiza o acompanhamento compartilhado para a manutenção do estado de saúde de mulheres vivendo com HIV, participantes do estudo.

Além das questões estruturais que muitas vezes inviabilizam o acesso das usuárias vivendo com HIV, há a necessidade de flexibilização do fluxo de transferência na RAS, no qual cabe ao usuário decidir qual é o local mais propício para o acesso ao diagnóstico ou tratamento, tendo em vista que nem sempre o percurso indicado pelos profissionais é a melhor alternativa ao usuário (ZAMBENEDETH; SILVA, 2015). Isto parece expressar o motivo para que, em algumas situações o acesso ao serviço tenha partido da indicação do profissional, noutras, da usuária.

Dessa maneira, o estabelecimento de relações com serviços de APS e Especializado, mesmo que nem sempre sejam próximos ao local de moradia, se faz a partir de elementos que muitas vezes não estão relacionados ao espaço, mas sim às condições tecnológicas, econômicas, culturais que permitem o deslocamento e o acesso aos locais de preferência dos usuários. A partir destas questões, os profissionais necessitam adaptar as demandas dos usuários às possibilidades de organização do sistema de saúde. Requerer-se discutir com o usuário vivendo com HIV, os diversos aspectos que influenciam sua escolha, sem que os profissionais do serviço se desresponsabilizem pela atenção à saúde (ZAMBENEDETH; SILVA, 2015).

Às gestantes vivendo com HIV, a transferência entre os serviços e a corresponsabilização entre eles pela atenção à saúde permite a qualificação do cuidado nos diferentes pontos de acesso ao sistema de saúde. O encaminhamento entre os serviços deve gerar um fluxo responsável que considere a facilidade de acesso e a satisfação dessa população, tendo em vista que o suporte a essas mulheres é um direito conquistado no âmbito do SUS. Entretanto, o que se percebe é que, na presença de um resultado positivo para o exame anti-HIV, as gestantes são transferidas exclusivamente para os serviços de alto risco, perdendo o

vínculo com a APS. Isto revela a ausência de coordenação das ações e o despreparo dos profissionais para dar conta das demandas relacionadas ao HIV (COSTA et al., 2016).

Na atual organização do sistema de saúde, a responsabilidade pela assistência no contexto do HIV recai sob os serviços especializados e, por representar uma condição crônica que exige o acompanhamento ao longo do tempo, a coordenação pode ser considerada um atributo também desse serviço. Contudo, o que se almeja para a efetivação de uma RAS aos usuários com HIV é a elaboração de um plano integrado de atenção. Este deve ocorrer entre equipes, setores e serviços de saúde, com descentralização da atenção à saúde, edificada como de competência exclusiva dos serviços especializados, trazendo a APS como corresponsável pela atenção ao longo do tempo (LOPES et al., 2014).

A partir de seus direitos e de suas necessidades, à mulher vivendo com HIV deve ser garantido o livre acesso e percurso dentro da rede, pois será essa relação de ir e vir entre serviço especializado e APS que trará a satisfação necessária à continuidade do cuidado durante e após a gestação (COSTA et al., 2016). Para que isso seja possível, a transformação das ações por meio da descentralização deve acompanhar-se de uma mudança expressiva na APS no que tange a abordagem do problema e corresponsabilização pela atenção à saúde dessa população (ZAMBENEDETH; SILVA, 2015).

A preferência pela utilização tanto do serviço especializado quanto de APS origina-se da capacidade que o serviço tem de acolher e suprir as necessidades das usuárias. Isso reflete no interesse em manter acompanhamento no serviço:

“Sim tudo [tem acesso a tudo que necessita dentro do serviço especializado], o meu filho também, a fórmula, a medicação, o bactrim eu pego daqui [...] eu sempre fui bem atendida, e agora com ele [filho] [...] se eu precisar está tudo aqui [...] eu não tive [dificuldade de acesso ao serviço especializado] não sei se é porque eu sou paciente [...] aqui eu me sinto mais segura, pelos médicos que eu tenho, eles já me conhecem, sabem que eu morei fora e não me transferi, sempre vim nas consultas aqui [no serviço especializado], nunca quis mudar” (NE1)

“[tem interesse em retornar ao acompanhamento na APS] Sim, com certeza” (NE2)

“O pré-natal eu fiz todo aqui [no serviço especializado] [...] eu cheguei aqui e disse pra médica: eu quero fazer o meu pré-natal aqui, por favor, não me manda pra posto, e ela: não, tu vai acompanhar aqui por causa da tua situação, daí acompanhei aqui [no serviço especializado]” (NE3)

“Lá [no serviço de APS do município de residência] eu só vou quando eu tenho alguma dor extrema. Na gestação eu fui no atendimento à gestante no hospital e eu sempre fui bem atendida por eu estar com dor ou estar tendo alguma contração, mas também eu não relatei que tenho HIV, lá ninguém sabe” (NE7)

“Lá [no serviço de APS] eles são bem queridos, tem o profissional de saúde, que é bem querido [optou por fazer o acompanhamento durante a gestação somente no serviço especializado] porque eles preferiram me encaminhar pra cá como eu tive

toxoplasmose [mas se pudesse] continuaria fazendo acompanhamento na APS [...] depois que eu vim pra cá [para o serviço especializado], me senti à vontade com o pessoal, quando eu estava fazendo tratamento pra toxoplasmose, vinha bastante aluno conversar comigo, professor explicando [...] aqui nenhuma vez eu me senti assim: não vou ir mais porque estou sofrendo preconceito” (NE8)

“Eu não [frequentava a APS], agora cada mês eu levo meu nenê [o próprio atendimento não faz na APS], mas acho que seria bom [ser atendida no serviço de APS]” (NE11)

“Não agora [não continuou frequentando a APS], eu ganhei o bebê e fiquei aqui uns 10 dias [internada] [...] acho que depois [que der alta hospitalar] eu vou [retornar ao acompanhamento no serviço de APS] [a descoberta do diagnóstico foi] no serviço de APS [e continuou frequentando o serviço de APS depois do diagnóstico] fui muito bem atendida [...] se eles [os profissionais do serviço de APS] continuarem me aceitando mesmo morando em outro bairro, sim, [pretende retomar o acompanhamento no serviço de APS] [...] se eles [profissionais de saúde] quiserem [continuar acompanhando a usuária no serviço de APS] sim, eu gosto muito do serviço de APS” (NE12)

“É bom o acompanhamento lá [no serviço de APS] [...] a atenção dos [profissionais da APS], tudo que precisa tem. Só que aqui [no serviço especializado], no meu caso [HIV] é melhor [...] porque quando tu descobre [HIV], tem que estar sempre fazendo acompanhamento, exames de sangue, vacinas, cuidar da alimentação. [...] mas [o serviço de APS] não é como aqui [no serviço especializado] tem especialistas pra tudo. Tanto psicológico, quanto o obstétrico, o infectologista. Eu tenho acompanhamento com a nutricionista, dentista [...] de início eu gostava [do atendimento no serviço de APS], só que depois quando a gente vê que a gente tem acompanhamentos melhores [o do serviço especializado], parece que aquele fica pra trás” [...] tenho [interesse em voltar a ser atendida no serviço de APS após o nascimento do filho], porque a ginecologista obstetra lá é boa, eu gostava dela, ela dava bastante atenção, perguntava de tudo, se eu precisava de exames, ela encaminhava [...] [no serviço especializado] tem qualquer tipo de especialista que precise [...] o que [poderia melhorar na APS] são os profissionais, que às vezes tem e às vezes não tem. Lá no posto, às vezes tem médico pra fazer um preventivo, às vezes não tem, ou material não tem. Aqui [serviço especializado] sempre tem, é difícil faltar” (NE13)

“Tenho [intenção de voltar a ter acompanhamento no serviço de APS] porque é tranquilo, ele [médico] sempre soube que eu tive [HIV], tanto que o pré-natal ele sempre me encaminhou pra cá [serviço especializado] [...] é bom [fazer acompanhamento no serviço especializado] porque se eu tiver que fazer cesárea vou ter um encaminhamento mais específico, eles não tem lá [no serviço de APS] e a segurança, tratamento bom [no serviço especializado] e [no serviço de APS] não [sentia segurança] eles falaram: ah tu é positiva [para o vírus HIV] a gente não tem tratamento pra ti, a gente não tem infectologista então é melhor aqui [no serviço especializado]. Tem tudo [...] lá [no serviço de APS] não tem médico pra tratamento de HIV, não tem remédio, tem que vim de lá [serviço de APS] pra cá [serviço especializado]” (NE14)

“Houve procura para testagem e o serviço especializado municipal optou por não realizar os testes, tendo em vista que a pessoa estava em janela imunológica” (NO Casa 13)

“A aplicação do teste foi realizada pelo profissional, que acolheu a mulher e sua amiga, questionando o motivo da procura pelo teste rápido. O profissional aconselhou que fosse realizado somente o teste para sífilis, ao invés de ofertar todos os testes, tendo em vista que a mulher encontrava-se em janela (não considerou a possibilidade de ela já estar infectada pelo HIV ou HCV ou HBV). Orientou que a mesma retornasse

em 60 dias para a realização de todas as sorologias e repetição do teste de sífilis” (NO Casa 13)

“Acolhimento pré-teste foi realizado pela profissional. Após questionar o motivo de procura pelas testagens, alertou que o serviço especializado municipal não fazia muitos testes rápidos em um único turno devido ao tempo dispensado em cada teste, que envolve a atenção e olhar atento ao usuário que está sendo testado. Além disso, orientou que o serviço não possui testes rápidos em grande quantidade e que, também por esse motivo não faz exames em janela. A cautela na aplicação dos exames, segundo a farmacêutica, se dá também pelo serviço desaconselhar a realizar a realização de teste rápido como rotina, frisando a importância do preservativo. Falou sobre comportamento de risco e as demais ISTs. Orientou a jovem a retornar em outro turno para a realização das sorologias. Como a jovem relatou que não poderia comparecer em outro turno, a profissional ofertou uma requisição de exames laboratoriais (HIV 1/2, sífilis, HBV e HCV) e pediu que ela trouxesse os resultados ao serviço, independente se não apresentassem alterações. Questionou acerca da realização de outros exames” (NO Casa 13)

“A profissional relatou que todas as manhãs acontece acolhimento na unidade. Nas segundas à tarde acontece as consultas de pré-natal. Nas terças e sextas à tarde são feitas as coletas de preventivo. Nas quartas à tarde é dia de reunião da equipe e o serviço utiliza o período das 13 às 15 horas. Nas quintas à tarde é dia de puericultura” (NO ESF)

“Agendamento médico é feito na 4ª e 6ª feira. Rotina de atendimento médico: segunda e terça nos turnos manhã e tarde (agendados + demanda do acolhimento + urgências); quarta (durante a manhã é feito acolhimento + consulta de pré-natal e no turno da tarde tem reunião da equipe); quinta (durante a manhã é feita a visita domiciliar médica e durante a tarde há consultas com os agendados + consultas urgentes); e na sexta não há consulta médica, somente em casos especiais” (NO ESF)

“A consulta domiciliar da enfermeira é feita somente se necessário. Contudo, estão planejando sistematizar os dias para organizar as visitas em dias específicos” (NO ESF)

“Quanto à disponibilidade de recursos materiais (consultórios, salas e equipamentos), existe uma sala dos EACS, entretanto, ainda não possuem agentes. Possui uma farmácia, porém ainda não possui farmacêutico. Um consultório da enfermagem, sem computador e com a maca estragada. Uma sala vazia com a impressora da unidade, onde poderia ser realizado grupos com os usuários e uma sala de vacinas que não está sendo utilizada pois não tem vacinadora na unidade” (NO UBS)

“As ações realizadas no serviço consistem em visita domiciliar nas segundas-feiras e quando houver algum procedimento a ser realizado. As consultas realizadas pela enfermeira são de pré-natal e de puericultura. No momento a enfermeira relatou estar em buscando treinamento para realizar coleta de exame preventivo e, portanto, este procedimento está sendo realizado somente pelo médico” (NO UBS)

“As consultas médicas ocorrem todos os dias nos turnos da manhã e tarde. O acolhimento é feito diariamente e 4 pacientes são incluídos na agenda médica além dos previamente agendados. Preferencialmente se atende casos de urgência. Portanto são 9 pacientes agendados + 4 provenientes do acolhimento. Algumas vezes mais pacientes são incluídos a partir do acolhimento. Os casos não urgentes provenientes do acolhimento, quando há muitos pacientes agendados, são realocados para outro dia da semana” (NO UBS)

“Quanto às consultas de pré-natal, a enfermeira realiza a primeira, faz os testes rápidos, encaminha para realizar imunizações, caso necessário, agenda consulta com o dentista, na qual a gestante tem preferência e solicita exames como ultrassonografia. As demais consultas são feitas pelo médico (quando os exames estão prontos). Na

unidade também são realizadas consultas de puericultura pela enfermeira e procedimentos” (NO UBS)

“As gestantes são agendadas a qualquer momento, a partir da demanda de 1ª consulta do PN, pois são pacientes considerados preferenciais. Caso necessitem de retorno, possuem agendamento livre” (NO UBS)

“Quanto à consulta de enfermagem, não há procura dos pacientes, somente mediante um procedimento da enfermagem. Não há consulta de enfermagem para a infectologia, somente para as outras clínicas” (NO Ala B)

“Um dos infectologistas era responsável pelo ambulatório da “adesão”, na qual os pacientes pouco aderentes consultavam. No entanto não há mais essa denominação” (NO Ala B)

“Os casos de maior vulnerabilidade são encaminhados para a assistência social, contudo, nem todos são encaminhados” (NO Ala B)

“Agendamento das consultas é feito de acordo com cada caso e os retornos de acordo com a gravidade dos casos. São disponibilizadas 6 fichas e há possibilidade de retorno” (NO UBS)

“As pessoas, de maneira geral, se vinculam naquele serviço que ela se sente mais acolhidas [...] a gente vê que acabam se vinculando no serviço especializado e não permanecem acompanhando no serviço de atenção básica [...] Tem unidades que tu vê que as equipes são bem resolvidas na questão do acolhimento, os próprios profissionais são abertos, e vão atrás, os agentes [ACS] fazem busca ativa, disponibilizam os serviços para a população. Mas ainda tem essa questão de se vincular a um serviço especializado, sendo que é na atenção básica que eles deveriam estar mais vinculados” (NGF1 P2)

“[...] até para o paciente não ficar pra lá e pra cá, então vai duma vez lá [no serviço especializado] e faz tudo [...] eles [serviço especializado] pegam [assumem sozinhos o cuidado] e elas [mulheres vivendo com HIV] se sentem muito acolhidas lá [no serviço especializado]. Elas vão lá [no serviço especializado] e tem atendimento durante a gestação, faz os exames e aí pega os medicamentos, tem psicólogo, tudo ali” (NGF1 P3)

“Não sei se dificulta o acesso, mas dificulta a vinculação devido a questão financeira, é obvio que dificulta. Eu também iria só lá [no serviço especializado] [...] não vejo como perda de vínculo, mas eu acho que a questão social é o maior problema, ainda mais a passagem [de ônibus] o jeito que tá, daí o serviço especializado municipal já vai direto num laboratório e é mais fácil [...] [no serviço especializado federal é a mesma situação que acontece no serviço especializado municipal, facilita elas [mulheres vivendo com HIV] tudo junto, do que elas ta vindo pra lá e pra cá” (NGF1 P4)

O presente estudo identificou que as mulheres vivendo com HIV dão preferência aos serviços que mostram capacidade de suprir suas necessidades. Nesse caso, independente da proximidade territorial, os usuários muitas vezes deslocam-se, inclusive à outros municípios em busca de assistência à saúde, apesar de haver, em sua localidade, serviços similares (ZAMBENEDETH; SILVA, 2015). A preferência pelo serviço de saúde é um indicador de resultado, que reflete na sua utilização e satisfação em relação ao acesso (NUNES et al., 2014).

Salienta-se que, de acordo com o MS, a APS deve constituir o ponto de partida, ou seja, o primeiro contato dos indivíduos com o sistema de saúde. Tal contato deve se dar de maneira resolutiva no que tange a prevenção, a promoção e a reabilitação da saúde, atendendo de maneira contínua e em conjunto com os demais serviços de saúde (BRASIL, 2006). Entretanto, o que se observa nesses serviços, no qual possuem potencial para atender a população vivendo com HIV, são as maiores prevalências de falta de acesso para as pessoas que procuram esse tipo de serviço (NUNES et al., 2014). Às gestantes vivendo com HIV, a falta de recursos humanos incrementa essa dificuldade nas unidades que realizam consultas pré-natal, inviabilizando o acesso a APS para o acompanhamento (SILVA et al., 2015).

A afirmativa acima pode justificar os achados deste estudo, tendo em vista que embora haja um grande incentivo para que as mulheres vivendo com HIV acessem os serviços de APS para atendimento conjunto com o serviço especializado, a incapacidade de suprir as demandas dessa população faz com que as mesmas procurem vincular-se com outros profissionais de saúde e em outros serviços.

Os profissionais de saúde representam a rede secundária de apoio à essas mulheres. A atenção direcionada a essa população, no que tange às informações e os conhecimentos compartilhados são instrumentos de promoção da saúde, auxiliando as mulheres na tomada de decisão para questões de vida pessoal, melhorando seu cotidiano (SILVA et al., 2015). O acolhimento e o vínculo podem representar um motivo importante para a escolha pelo tipo de serviço.

Além disso, para usuários em tratamento para tuberculose com coinfeção pelo HIV, a compreensão da doença, do próprio estado de saúde, do estigma e da qualidade dos serviços em relação a suprir suas necessidades, faz com que os serviços especializados sejam procurados para atendimento contínuo, muitas vezes distantes da moradia dos usuários. Dessa maneira, torna-se explícito a percepção dos usuários quanto à capacidade que o serviço especializado demonstra nas etapas de diagnóstico, tratamento e acompanhamento (SOUZA et al., 2015).

Para as mulheres em período gravídico-puerperal, a insatisfação com a rede de atenção à saúde, no qual os atrasos na devolução dos resultados de exames, que prejudicam diagnósticos em tempo hábil, aliado às barreiras de acessibilidade, ao desrespeito aos direitos e a escassez de informação, mostram a baixa qualidade do pré-natal e geram medo e angústia quanto ao acompanhamento (SILVA et al., 2015). Além disso, o horário de funcionamento inflexível faz com que essas mulheres busquem outros serviços que correspondam as suas possibilidades, com horário de funcionamento adequado, como os hospitais. Essas questões podem representar fatores que desmotivam a ida a determinados serviços, fazendo com que prefiram ser atendidas

em outras realidades, com outros profissionais, influenciando a escolha dos usuários por determinado serviço (ESPOSTI et al., 2015).

Às mulheres vivendo com HIV, os serviços de APS e Especializado deveriam fortalecer a rede de apoio e estimular o enfrentamento do HIV e a vivência positiva da maternidade. Nesse ensejo, os profissionais de saúde, a partir do vínculo com essas mulheres, poderiam aproximá-las dos serviços e, com isso, estimular a adesão ao tratamento, incluindo o parceiro dessas mulheres sempre que possível nas ações de saúde. A postura respeitosa de fornecer informações claras e precisas, poderia auxiliar nessas ações. Entretanto, a realidade brasileira está aquém do cenário apontado acima. Para que seja possível adotar tais medidas, faz-se necessário que os profissionais estejam capacitados e sensibilizados, mediante recursos suficientes para qualificar a atenção (LEVANDOWSKI et al., 2017).

Assim, o grau de capacidade que o serviço de saúde e seus profissionais possuem de garantir a satisfação das mulheres vivendo com HIV tornará possível a redução do adoecimento em decorrência do abandono do serviço e do tratamento, bem como permitirá um melhor enfrentamento da doença. Além disso, independente da porta de entrada escolhida pelas mulheres, estas necessitam manter-se abertas, estruturadas, qualificadas e integradas, para que seja possível acolher essa população de maneira resolutiva.

É possível identificar que há continuidade da utilização dos serviços de APS e Especializado para a investigação da ocorrência de um novo problema e ao recebimento de serviços preventivos, por meio da realização de exames e orientações; acompanhamento de um problema antigo, do agendamento de consultas com especialistas/equipe multiprofissional e tratamento de rotina:

“Acho que poderia voltar a ter as psicólogas pra quem precisar, hoje já não vejo, está mais esquecido. Hoje meu psicológico está bem, quanto a isso [ao HIV], mas tem outras pessoas que não estão, eu não vi mais [grupos para as pessoas com HIV no hospital], eu tenho Hepatite C [...] e não tinha pessoal da nutrição, eu procurava saber o que era bom ou não comer, mas nunca foi [orientado] (NE1)

“Eu consultei com uma psicóloga pra me ajudar no início [da descoberta do diagnóstico], na unidade básica de saúde lá na minha cidade [...] perdi muitas consultas na infecto com a função da minha filha que estava internada [...] depois de um ano e sete meses é a primeira consulta que eu vou fazer aqui [no serviço especializado] depois que ela nasceu [...] como o caso dela era importante, daí eu não tinha [como comparecer às consultas no serviço especializado], só ia remarcando [as consultas] [...] eu creio que os serviços sabiam que não estava frequentando as consultas, porque fica marcado [no sistema]. No serviço de APS na minha cidade se tu não vai [nas consultas] azar é teu. Tem que partir do usuário [...] na gravidez eu vinha [ao serviço especializado] direitinho, até que o primeiro resultado do CD4 deu ruim. No segundo exame já estava bem melhor, depois no outro [exame] estava bom [...] [no serviço especializado] o que dava pra marcar eu marcava, o que dava pra fazer eu fazia e sempre consegui [...] Se precisar de encaminhamento eu consigo, fica

marcado pra muito [distante], mas consigo [...]lá [no serviço de APS] muitas consultas não tem” (NE2)

“Quando eu precisei vir aqui no CO ou quando eu vinha do pré-natal e precisei de exames, às vezes com urgência, eu conseguia fazer aqui [no serviço especializado] [...] o médico tinha me dito que possivelmente teria [parto] normal [...] só que o médico, como estava perto de eu ganhar [a filha] pediu todos os exames, foi aí que acusou pressão alta que eu nunca tive a gestação toda [...] a nenê quis vim de [parto] normal e daí tomei a medicação pra segurar e daí no outro dia de tarde eu fiz a cesárea” (NE3)

“Os remédios eu pego tudo ali [na cidade de residência] no postinho que é específico pra isso [HIV]” (NE4)

“Eu continuo indo no posto pra tratamento de rotina [...] exame a gente fez lá pelo posto [na cidade de residência]. Remédio eu pego na saúde lá [na cidade de residência], que eles pegam aqui [no serviço especializado] e levam pra lá [serviço de APS]” (NE5)

“Eu acho que cada pessoa que tem HIV tinha que conversa com uma psicóloga, o médico mesmo tinha que encaminhar pra explicar como é [ter HIV] porque logo que descobre a pessoa quase enlouquece, eu quase enlouqueci” (NE6)

“O meu pré-natal é feito aqui no alto risco do serviço especializado federal, lá na minha cidade não tem o atendimento, só se eu tiver uma urgência e for no hospital [...] e eu nunca solicitei atendimento psicológico, porque eu ainda consigo ir administrando sozinha, senão eu teria [consulta com a psicologia], se eu percebesse que estava me sentindo muito angustiada com isso [HIV] talvez eu procurasse ajuda. Mas o serviço de psicologia não foi oferecido a mim” (NE7)

“[...] Quando preciso esclarecer dúvidas, eu venho aqui no serviço especializado municipal” (NE11)

“Foi difícil [fazer o parto normal], eu queria cesárea [...] e a médica conversou comigo, e foi [parto normal] [...] eu vim com o meu irmão [no serviço de saúde], eles [profissionais de saúde do serviço especializado federal] me mandaram embora e eu estava com dor ainda [...] talvez eu precise [utilizar atendimento psicológico] [...] a psicóloga veio conversar comigo sobre o registro [do bebê]” (NE12)

“O atendimento que eu consigo [no serviço de APS] é o obstétrico, que eu tinha, e tudo que eu precisasse pra fazer algum exame [...] quando eu não consigo ir numa consulta [no serviço especializado], ela [profissional do serviço especializado] me procura, pra ver um dia melhor pra mim [reagendar a consulta] e quando eu descobri [o diagnóstico] [...] a minha preocupação era que eles [serviço especializado] não marcavam nunca a minha consulta com a infectologista pra começar o tratamento [...] não faz um mês e meio que eu comecei a fazer o tratamento e é isso que mais me preocupa [...] talvez não seja interesse dela [profissional do serviço especializado] no momento [não agendar com urgência a consulta na infectologia]. Mas depois ocorreu tudo bem, na primeira consulta já comecei com o tratamento, já fiz os exames pra saber a carga viral. E aí começou a andar [o tratamento] [...] no CO eu vim com uma crise de asma e ela [profissional de saúde] disse que não tinha o que fazer e eu dizendo que precisava fazer tratamento” (NE13)

“As consultas extras do dia são destinadas às emergências graves (raramente ocorre esta modalidade de consulta). As interconsultas são feitas entre diferentes clínicas, sendo restritas aos médicos” (NO Ala B)

“Para a população de estudo, os locais de maior acesso são o consultório médico e a Ala D [serviço especializado federal], e, entre os ambulatorios, a marcação das consultas no ambulatório Ala B e Ala D é feita para o mesmo dia” (NO Ala B)

“Ao consultar o prontuário, [o profissional] referiu que a mulher havia consultado há poucos dias atrás e que o foco dessa consulta seria saber como foi a tolerância a nova TARV [a medicação da paciente foi trocada, pois o Kaletra está saindo de mercado]” (NO Ala B)

“Com relação aos exames realizados, são feitos CP [citopatológico], exames de lâmina (secreção vaginal), swab vaginal e ultrassom [que é realizado dentro do serviço especializado federal, na unidade de radiologia]. O serviço especializado federal oferta insumos como preservativos masculinos e femininos, bem como folders explicativos sobre HIV e outras doenças” (NO AGAR)

“Consultas médicas, são realizadas no mínimo 6 consultas e o intervalo é de acordo com cada caso” (NO AGAR)

“Segundo a profissional, o grupo de gestantes é direcionado, também, aos acompanhantes. Como as consultas são escalonadas (marcadas para às 07h, 09h e 11h), muitas vezes o grupo não ocorre por não possuir um representativo de gestantes que permitisse a realização do grupo, que se dá às 07:30 na sala de apoio da Ala D. As temáticas abordadas, segundo a profissional, consistem em informações gerais de rotinas do serviço especializado federal (quanto ao CO e maternidade), quanto a possibilidade de acompanhante desde a internação no serviço especializado federal e, caso surja alguma dúvida das participantes, as coordenadoras do grupo esclarecem e falam sobre as patologias e complicações da gestação. O grupo de gestantes não é específico às vivendo com HIV, englobando toda a condição considerada alto risco. Os profissionais responsáveis pelo grupo são pertencentes ao serviço especializado federal e/ou fazem parte do programa de residência multiprofissional. Cada encontro é conduzido por diferentes profissionais” (NO AGAR)

“Não houve encaminhamento à acompanhamento psicológico. A residente falou com uma assistente social, no entanto, como não era a assistente que assistia a mulher, nada foi feito” (NO AGAR)

“O grupo de gestantes ocorreu das 07h30 às 08h30. Participaram 2 gestantes e 2 residentes como coordenadoras no dia (enfermagem e assistência social). As coordenadoras conduziram o encontro apresentando-se às gestantes e explicando que naquela ocasião seriam esclarecidas as dúvidas e ofertadas orientações acerca da rotina hospitalar. Ao questionarem sobre as dúvidas, as gestantes manifestaram as que seguem: tipo de parto e nascimento, presença de acompanhante, realização do teste do pezinho, registro do bebê e primeiras vacinas. Uma gestante manifestou sua preocupação quanto a oferta do teste do pezinho em seu município [Cacequi], tendo em vista que, segundo ela, não está sendo ofertado. Houve dúvidas e queixas quanto a desconfortos, perda de líquidos e sobre encaminhamentos entre os serviços” (NO AGAR)

“É feito a coleta de CD4 e carga viral (3^{as} de manhã) e consultas médicas no turno da manhã (2^{as}, 5^{as} e 6^{as} com o md infectologista; 3^{as} e 5^{as} com a infectologista temporariamente, tendo em vista que a md está para sair do serviço)” (NO Casa 13)

“Durante a consulta a usuária manifesta precisar de acompanhamento psicológico, nesse momento a profissional orientou que a mesma procurasse a psicóloga do serviço, pois não sabia se era necessário acionar o psiquiatra [medicação]. Porém, até o final da manhã a profissional não havia feito encaminhamento à psicóloga do serviço e nem conversado com a mesma sobre o caso. Além disso, a usuária não levou papel de encaminhamento a atenção psicológica, nem fora conduzida à psicologia do serviço” (NO Casa 13)

“A gestante com HIV, ao ingressar na maternidade após o parto, inicia, ainda no CO, a utilização da medicação [nevirapina e cabergolina]” (NO Maternidade)

“Na recepção são disponibilizados preservativos em cima da mesa e num dispenser na porta de entrada da unidade. Nas paredes da unidade tem banners com orientações e avisos. Na recepção tem, ainda, folders quanto aos testes rápidos e câncer de mama” (NO ESF)

“Na unidade existem grupos educativos com os usuários, que são dirigidos pelos ACS e pelos educadores físicos [grupo de caminhada e de artesanato]. Na segunda à tarde é realizado o grupo de gestantes na qual a coordenação é dividida entre acadêmicos e residentes junto a profissionais da equipe que às vezes participam” (NO ESF)

“A profissional relatou que está tentando formar grupos educativos com os usuários, pois ainda não existem grupos na unidade” (NO UBS)

“O serviço disponibiliza preservativos masculinos e femininos, gel, folders educativos. Para receber os insumos de prevenção, o serviço faz relatórios e envia à coordenadora da Política de HIV do município” (NO UBS)

“O ambulatório adulto do serviço especializado federal não distribui insumos de prevenção e promoção da saúde, como preservativos, géis lubrificantes ou folders explicativos. Quanto às ações educativas com a população alvo e com a comunidade, havia um grupo ofertado aos pacientes adultos com HIV [não era um grupo específico às mulheres gestantes ou que foram gestantes com HIV], porém não há mais os encontros” (NO Ala B)

“Houve questionamentos quanto as vacinas e exames. Foram verificados os BCF e altura uterina” (NO AGAR)

“A profissional examinou a gestante, constatando que tratava-se de infecção por candidíase vaginal. Para tanto, relatou que faria prescrição de pomada medicamentosa, e indicou como terapia coadjuvante o banho de assento com bicarbonato” (NO AGAR)

“[...] teve um tempo que no serviço especializado municipal, no caso da mulher HIV, quando ela se torna gestante, existia uma profissional que atendia as gestantes com HIV. Ela [médica] foi embora, e muitas gestantes ficaram com ela até o final da gestação. Poucas iam para o serviço especializado federal” (NGF1P3)

“As nossas [mulheres vivendo com HIV], a gente que é ESF e tem as agentes [ACS] é mais fácil, ela continua o pré-natal conosco e mesmo assim a gente vai na casa pra saber se ela está indo nas consultas. A gente tem um agente [ACS] em cada estratégia e 3 que não tem [ACS], descoberta, mas como é bem menor, as agentes elas dão conta das gestantes que tem no lugar descoberto. Então as gestantes e crianças a gente faz assim, porque é prioridade” (NGF2P7)

Além das ações acima, utilizadas pelas mulheres vivendo com HIV ao longo do tempo, outras ações com a mesma finalidade são realizadas aos usuários vivendo com HIV que mantêm vínculo com serviços especializados. Estas consistem em visita domiciliar, orientações sobre planejamento familiar e solicitação de benefícios públicos, oferta de vacinas, preservativos, medicamentos para prevenção de doenças oportunistas ou redução dos efeitos colaterais da TARV, e exames de seguimento e de rastreio de coinfeções a partir de sinais e sintomas (FIGUEIREDO et al., 2014).

As participantes do estudo permanecem utilizando os serviços, também, para realizar o acompanhamento de um problema antigo. Este se deu por meio de consultas com

especialistas/equipe multiprofissional e tratamento. Os atendimentos de rotina e complementares pela equipe do serviço especializado consistem em consulta médica e de enfermagem, apoio psicológico e atendimento ginecológico. A consulta de enfermagem é composta, basicamente, da verificação de medidas corporais (peso, estatura, pressão arterial), agendamento de exames, quando necessário e retorno. Quanto ao tratamento de rotina, são ofertados os antirretrovirais (FIGUEIREDO et al., 2014).

Salienta-se que as ações e os serviços utilizados, na maioria dos casos, são especializados, havendo reduzida procura por outros serviços, principalmente a APS para o atendimento dos usuários vivendo com HIV (FIGUEIREDO et al., 2014). Entretanto, sabe-se que ações como a testagem anti-HIV, por exemplo, podem e devem ser realizadas também pela APS, e não somente em serviços especializados. Tendo em vista que os serviços de APS são considerados portas preferenciais de entrada, devem fornecer ações como acolhimento, diagnóstico precoce e tratamento, encaminhando usuários aos serviços de referência, porém, corresponsabilizando-se pela sua saúde (ARAÚJO et al., 2014).

Às mulheres durante o período gravídico-puerperal, o acesso ampliado à APS deve considerar o aconselhamento, diagnóstico precoce, tratamento, ações educativas para promoção à saúde e prevenção de agravos, orientações quanto à adesão ao tratamento e às recomendações para a prevenção da transmissão vertical, encaminhamento dos casos que não competem a esse ponto de atenção e o acompanhamento conjunto (ARAÚJO et al., 2014).

Para que isso seja possível, as equipes multiprofissionais devem ser capacitadas para garantir uma atenção qualificada e ética, expandindo as ações de prevenção para além do momento da gestação e do parto, considerando as diversas fases da vida da mulher (GUANABARA et al., 2014). Com isso, será possível assistir de maneira qualificada as mulheres vivendo com HIV promovendo a continuidade do cuidado de maneira satisfatória, coerente com as expectativas dessa população.

Frente ao que foi exposto, evidencia-se que as mulheres vivendo com HIV, participantes deste estudo, percebem dificuldades e facilidades relacionadas à acessibilidade aos serviços de APS e Especializado, que repercutem na sua utilização ao longo do período gravídico-puerperal, incluindo os cuidados com o filho exposto ao HIV. Estas dificuldades referem-se a qualidade da comunicação estabelecida entre profissionais e usuárias, que pode tanto aproximar a mulher vivendo com HIV do serviço, quanto afastá-la, inviabilizando a continuidade dos cuidados.

Além disso, o tempo de demora para recebimento dos cuidados, a localização e a distância a ser percorrida entre a moradia das usuárias e os serviços de APS e Especializado,

possui influência sobre o acesso, definindo, muitas vezes, o local de escolha e a intenção de manter o vínculo com o serviço de saúde. Pode-se evidenciar, também, a necessidade de articular a atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV em rede, aproximando e corresponsabilizando a APS pelo cuidado, tendo em vista seu papel central na organização e coordenação dos serviços.

Para tanto, a capacitação dos profissionais, no que tange a comunicação dentro dos serviços de APS e Especializado, pode auxiliar o movimento de descentralização das ações em HIV, por meio da atuação conjunta entre serviço especializado e APS, repercutindo positivamente na saúde dessas mulheres e seus filhos.

Salienta-se que, a partir da vivência das mulheres (obtida por meio das entrevistas) e da experiência dos profissionais (extraídas por meio das observações), foram estruturados os encontros do GF. Espera-se que a interação entre os participantes (mulheres vivendo com HIV, profissionais de saúde e gestores), oportunizada com o GF, permita a construção compartilhada de ações para a promoção do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado, proporcionando a transformação da realidade, no que tange a atenção à saúde dessa população.

Diante do que foi dito, defende-se a tese de que o acesso das mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado se dá preferencialmente pela procura da própria usuária e se mantém no serviço que lhe acolhe e supre suas necessidades. A comunicação assertiva favorece o vínculo e, conseqüentemente, a continuidade e resolubilidade, desde o diagnóstico precoce até o manejo da infecção, o que repercute tanto na saúde da mulher, quanto da criança. A corresponsabilização dos serviços perpassa a necessidade de capacitação para minimizar as barreiras de comunicação e culturais, inclusive de preconceito e garantia do sigilo.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da observação participante nos serviços de APS e Especializado e do grupo focal com os profissionais e gestores construiu-se um fluxo de atenção às mulheres vivendo com HIV, com o objetivo de promover o acesso à essa população. Estabeleceu-se, também, o compromisso de realizar um seminário de devolução dos resultados para os serviços de APS e Especializado que prestam atendimento às mulheres vivendo com HIV. Os resultados mostraram que a busca da mulher pelo serviço de saúde acontece independentemente das relações psicossociais (acessibilidade psicossocial) estabelecidas, do tempo de espera para os cuidados (acessibilidade temporal) e da localização geográfica (acessibilidade geográfica) do mesmo. Entretanto, tal busca pode mostrar barreiras que, muitas vezes, dificultam o acesso aos serviços de APS e Especializado.

A pesquisa possibilitou ampliar o olhar acerca da necessidade da articulação em rede da atenção às mulheres vivendo com HIV. Tal olhar ampliado se dá pela premência de promover a melhoria do acesso, no que tange a acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado, de modo que seja possível contemplar os demais atributos. Estes referem-se à atenção contínua, integral, coordenada pelos serviços de APS, porém em conjunto com os demais pontos da rede, sobretudo com os serviços especializados locais, fornecendo orientação para a família, comunidade e, também, desenvolvendo a competência profissional para atuar no contexto do HIV.

Essa discussão coletiva com profissionais e gestores acerca de ações para promoção da acessibilidade e da utilização dos serviços de APS e Especializado foi um diferencial alcançado a partir da Pesquisa Participante, e culminou elaboração de um instrumento para comunicação e articulação entre esses serviços – fluxo de atenção as mulheres vivendo com HIV. Esse tem o potencial de estreitar a relação entre os profissionais de saúde e, destes, com as usuárias vivendo com HIV.

A acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado, expressa a partir dos resultados, mostrou empecilhos importantes, uma vez que a prática e o cotidiano das ações dificultam e, por vezes, inviabilizam o acesso na eminência, ou não, de uma gestação no contexto do HIV. Estes entraves referem-se às barreiras de comunicação entre os serviços no que tange a indisponibilidade de informações, ou, quando estas são ofertadas de maneira equivocada, revelando a necessidade de capacitação dos profissionais.

A divergência de informações e a dificuldade de trabalhar em equipe podem desvelar as barreiras estruturais que acompanham o cotidiano laboral nos serviços de APS e Especializado,

sobretudo da APS. A ausência da corresponsabilização das equipes pelo atendimento das demandas das usuárias infectadas pelo HIV nos serviços de APS, converge com o baixo investimento na capacitação da equipe de saúde para acompanhamento dessa população. Além disso, fatores culturais podem igualmente dificultar o acesso, como o preconceito nos serviços, mesmo que mulheres vivendo com HIV, profissionais de saúde e gestores reconheçam a importância do sigilo diagnóstico. O atendimento desrespeitoso pode promover conflitos entre profissionais e usuárias, podendo inviabilizar o acesso ao serviço de saúde.

Da mesma forma, a insatisfação com o atendimento está relacionado ao tempo prolongado de espera e à modalidade de agendamento para disponibilização dos cuidados, tendo em vista que os dias específicos para recebimento dos cuidados nem sempre são as melhores oportunidades para as usuárias comparecerem ao serviço de saúde.

Embora inseridos em um contexto de fragmentação da atenção à saúde em diferentes serviços, os resultados mostraram que tanto as mulheres vivendo com HIV, quanto os profissionais e gestão, percebem potencialidades para a articulação e atuação em rede. O apoio, o acolhimento, a conversa, as orientações e explicações ofertadas promovem o vínculo necessário para o seguimento do tratamento e dos cuidados de saúde, repercutindo no retorno ao serviço de saúde, inclusive após o término da gestação.

A construção de um protocolo entre profissionais e gestores responsáveis pela atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV, estabelecendo a comunicação e transferência entre os serviços de APS e Especializado poderia facilitar a articulação intersetorial de modo sistemático. Isso tendo em vistas reduzir ou superar a fragmentação e desagregação das ações em saúde, por meio de capacitação para a utilização do protocolo, e contínua avaliação dessa implantação entre usuárias, trabalhadores e gestores. Dessa maneira, a lacuna entre o que se deseja teoricamente em termos de RAS, de acesso aos serviços de APS e Especializado e da realidade que se tem no cotidiano das equipes e das mulheres vivendo com HIV, apresenta-se como um problema a ser solucionado para a melhoria de vida e de saúde da população alvo do estudo.

Nesse ensejo, como produção grupal oriunda das discussões nos encontros do grupo focal, a construção do fluxo de atenção às mulheres vivendo com HIV mostra que há a necessidade de instrumentos que assegurem e respaldem as ações entre os pontos que compõe a rede, e essa demanda surgiu da experiência dos profissionais de saúde e dos gestores, a partir do que as mulheres referiram e apontaram quanto à acessibilidade e utilização dos serviços. Isto mostra que, mais do que transferir essas mulheres, é necessário a superação das barreiras de

comunicação, que ainda se limita ao preenchimento de papéis e de sistemas de informação que não são pertencentes a toda a rede, inviabilizando a comunicação efetiva.

O investimento na comunicação, para ampliar e qualificar o acesso, foi expresso a partir da construção do fluxo. Entretanto, para que haja a incorporação deste instrumento, a inserção deve ser intersetorial e baseada na corresponsabilização dos profissionais de saúde e gestores pelo cuidado das mulheres vivendo com HIV, de modo a organizar a rede de atenção no município.

Esse conteúdo (fluxo) produzido coletivamente tem potencial para transformar a realidade das mulheres vivendo com HIV nos serviços de APS e Especializado, na medida que subsidia os profissionais a tomarem as melhores decisões, de maneira compartilhada e conjunta. Para tanto, reforça-se a necessidade de haver comprometimento a nível de gestão municipal, para que efetivamente o fluxo possa ser instituído e utilizado de modo a promover o acesso e comunicação entre os serviços da RAS.

Quanto à aplicabilidade dos resultados obtidos, estes apresentam contribuições que compreendem o saber fazer nos serviços de APS e Especializado. Ou seja, oferta e o suporte necessário para que os serviços possam atuar em rede nas questões do HIV no contexto de vida de mulheres, gestantes ou não, melhorando sua saúde. Os espaços interdisciplinares promovidos pelas discussões grupais mostraram-se como ferramenta de diálogo e de participação para ações em saúde. A utilização da Pesquisa Participante, ancorada na estratégia knowledge translation, resultou na construção de ações transformadoras, incidindo sob a realidade da população de estudo.

Como implicações para a prática, tendo em vista a construção conjunta do fluxo, o Seminário Integração da Pesquisa com a Prática (SIPP): discutindo resultados de pesquisas em HIV com os serviços de APS e Especializado [PCATool II], promovido pelo GP-PEFAS, acordado com os participantes do GF, será realizado de maneira a avaliar a viabilidade e aplicabilidade do fluxo. Nesse momento, a participação de todos os envolvidos nos serviços e na gestão será fundamental tendo em vista a necessidade de que as decisões sejam tomadas em conjunto.

Por meio da triangulação das técnicas de coletas de dados (entrevista, observação participante e grupo focal) foi possível transcender os objetivos propostos inicialmente, indo ao encontro do que propõe o método. A coletividade impressa nos resultados deste estudo mostra a importância de ser trabalhar conteúdos complexos sob o olhar dos participantes e, fazendo deles coautores das ações, de modo que os resultados se tornam efetivamente aplicáveis à prática.

No GF estiveram em menor proporção os profissionais da gestão e dos serviços especializados. Esta limitação do estudo pode ser aprofundada em futuras pesquisas com essa população. Por fim, salienta-se a relevância do estudo realizado, tendo em vista que a construção do fluxo de atenção às mulheres vivendo com HIV tem potencial de promover a acessibilidade e utilização, melhorando a vida dessas mulheres, situando-se aqui, o compromisso de incorporá-lo ao cotidiano laboral das equipes de saúde dos serviços de APS e Especializado.

REFERÊNCIAS

- ABATI, P. A. M.; SEGURADO, A. C. Testagem anti-HIV e estágio clínico na admissão de indivíduos em serviço de saúde especializado. Pará, Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 49, n. 16, 2015.
- ABRÃO, F. M. S.; ANGELIM, R. C. M.; CARDOSO, M. D., QUEIROZ, S. B. A.; FREITAS, R. M. M.; OLIVEIRA, D. C. Características estruturais e organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em HIV/AIDS na cidade de Recife, Brasil. **Revista Baiana de Enfermagem**, v. 38, n. 1, p. 140-154, 2014.
- ARAÚJO, C. L. F.; AGUIAR, P. S.; SANTOS, G. K. A.; OLIVEIRA, M. G. P.; CÂMARA, L. S. A testagem anti-HIV nos serviços de ginecologia do município do Rio de Janeiro. **Esc Anna Nery**, v. 18, n. 1, p. 82-9, 2014.
- ARAÚJO, M. M. T.; SILVA, M. J. P. Estratégias de comunicação utilizadas por profissionais de saúde na atenção à pacientes sob cuidados paliativos. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 3, p. 626-32, 2012.
- ARAÚJO, M. A. L.; VIEIRA, N. F. C.; SILVA, R. M. Implementação do diagnóstico da infecção pelo HIV para gestantes em Unidade Básica de Saúde da Família em Fortaleza, Ceará. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1899-1906, 2008.
- ASSIS, M. M. A., JESUS, W. L. A. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, 2012.
- AYRES, J. R. C. M. Care and reconstruction in healthcare practices. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.
- BARBOUR, R. **Grupos Focais**. Porto Alegre: Artmed, 2009.
- BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2008.
- BAZANI, A. C., SILVA, P. M, RISSI, M. R. R. A vivência da maternidade para uma mulher soropositiva para o HIV: um estudo de caso. **Sau & Transf Soc.**, v. 2, n. 1, p. 45-55, 2011.
- BELLENZANI, R.; NEMES, M. I. B.; PAIVA, V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 17, n. 47, p. 803-34, 2013.
- BONILHA, A. L. L. Reflexões sobre análise em pesquisa qualitativa [editorial]. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1. P. 8, 2012.
- BRANDÃO, C. R.; BORGES, M. C. A pesquisa participante: um momento da educação popular. **Rev. Ed. Popular**, v. 6, p.51-62, 2007.

BRANDÃO, A. L. R. B.; GIOVANELLA, L.; CAMPOS, C. E. A. Avaliação da atenção básica pela perspectiva dos usuários: adaptação do instrumento EUROPEP para grandes centros urbanos brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, n. 1, p. 103-14, 2013.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2104, de 19 de novembro de 2002**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde/SUS o Projeto Nascer. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/Aids, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica, n. 18**. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDs. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes**. Brasília, DF, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Rastreamento**. Brasília, DF, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. **Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS**. Brasília, DF, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool pcatool - Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília, DF, 2010c.

BRASIL. **Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2010d.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes: manual de bolso**. (Série Manuais, n. 46). Brasília, DF, 2010e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Direitos Humanos, Risco e Vulnerabilidade – DHRV. **Plano integrado de enfrentamento da Feminização da epidemia de aids e outras DST: análise da situação atual e proposta de monitoramento**. Brasília, DF, 2010f.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010g.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As oficinas para a organização das redes de atenção à saúde**: CONASS, 2010h.108 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes.** Brasília, DF, 2010i.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes.** Brasília, DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília; MS; 2012a.

BRASIL. **Portaria n. 77 de 12 de janeiro de 2012.** Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Brasília, DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde:** CONASS, 2015.127 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST/AIDS. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST.** Brasília, DF, 2017.

BRINGEL, A. P. V.; PEREIRA, M. L. D.; VIDAL, E. C. F.; DANTAS, G. B. Vivência de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS durante a gestação. **Cienc Cuid Saude**, v. 14, n. 2, p. 1043-50, 2015.

CABRAL, I. E. et al. Knowledge Translation – uma possibilidade para traduzir resultados de pesquisa em prática de saúde e enfermagem. In: Teixeira, E. (Org.). **Desenvolvimento de Tecnologias Cuidativo-Educacionais.** Porto Alegre: Editora Moriá. 2017.

CABRAL, I. E. et al. **Knowledge translation** – modelo conceitual de transformação de conhecimento gerado na pesquisa em saúde e enfermagem. In: Brandão, C. et al. (org.) A prática na Investigação Qualitativa: exemplos de estudos. Aveiro: Editora Ludomedia. 2018.

CALAZANS, G. J. et al. O conceito de vulnerabilidade. In: PADOIN, S. M. M.; PAULA, C. C.; SCHAURICH, D.F.; VANEZA, A. (org.) **Experiências Interdisciplinares em aids:** interfaces de uma epidemia. Santa Maria: UFSM, 2006. p. 43-62.

CÂMARA, A. M. C. S. et al. Percepção do Processo Saúde-doença: significados e valores da Educação em Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.1, Supl. 1), p. 40-50, 2012.

- CAMPOS, R. T. O. et al. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, p. 252-264, Oct. 2014.
- CARVALHO, F. T.; PICCININI, C. A. Aspectos históricos do feminino e do maternal e a infecção pelo HIV em mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1889-1898, 2008.
- CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. São Paulo, Paz e Terra, Volume I, 4ª ed., 2000.
- CHEQUER, P. A prevenção da infecção pelo HIV e as novas tecnologias. **Rev Tempus Actas Saúde Col**, v. 4, n. 2, p. 114-30, 2010.
- COSTA, J. J.; PINTO, M. L.; PROSPERO, E. N. S.; LIMA, R. C. G. S.; VERDI, M. Questões éticas implicadas no cuidado a gestantes portadoras de HIV. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v.3, n.1, p. 41-52, 2016.
- DALL'AGNOL, C. M.; TRENCH, M. H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 5-25, 1999.
- DALL'AGNOL, C. M. et al. A noção de tarefa nos grupos focais. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 1, p. 186-90, 2012.
- DANTAS, M. S. Representações sociais do HIV/AIDS por profissionais de saúde em serviços de referência. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 35, n. 4, p. 94-100, 2014.
- ESPOSTI, C. D. D.; OLIVEIRA, A. E.; NETO, E. T. S.; TRAVASSOS, C. Representações sociais sobre o acesso e o cuidado pré-natal no Sistema Único de Saúde da Região Metropolitana da Grande Vitória, Espírito Santo. **Saúde Soc. São Paulo**, v. 24, n. 3, p.765-79, 2015.
- FERNANDES, N. M.; HENNINGTON, E. A.; BERNARDES, J. S.; GRINSZTEJN, B. G. Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 4, 2017.
- FIGUEIREDO, L. A. et al. Oferta de ações e serviços de saúde para o manejo do HIV/aids, sob a perspectiva dos usuários. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48, n. 6, p. 1026-34, 2014.
- FINKLER, A. L.; VIERA, C. S.; TACLA, M. T. G. M.; TOSO, B. R. G. O. O acesso e a dificuldade na resolutividade do cuidado da criança na atenção primária à saúde. **Acta Paul Enferm.**, v. 27, n. 6, p. 548-53, 2014.
- FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.
- GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Líber Livro Editora, 2005.
- GAWRYSZEWSKI, A. R. B.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 119-140, 2012.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GRILO, A. M. Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. **Psicologia, saúde & doenças**, v. 13, n. 2, p. 283-97, 2012.

GUANABARA, M. A. O.; ARAÚJO, M. A. L.; BARROS, V. L.; GONDIM, A. P. S.; PINHEIRO, P. M. R.; OLIVEIRA, F. A. Gestantes com HIV/Aids acompanhadas em serviços públicos. **Rev Enferm UFPI**, v. 3, n. 2, p. 25-32, 2014.

HALLAL, L. et al. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em saúde coletiva**, v. 4, n. 2, p. 53-65, 2010.

HARZHEIM, E. Organização Pan-americana de Saúde. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras**. Brasília: MS, 2011; 137 p.

JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. Genebra, 2013.

KLEINUBING, R. E. **Avaliação da atenção à saúde na experiência de gestantes vivendo com HIV**. 2015. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.

LE BOTERF G. **Pesquisa participante: propostas e reflexões metodológicas**. In: BRANDÃO, CR (org). **Repensando a Pesquisa Participante**. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1985. p. 51-81.

LEMONS, T. S. A.; PEREIRA, E. R.; COSTA, D. C.; SILVA, R. M. C. R. A.; SILVA, M. A.; OLIVEIRA, D. C. Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/AIDS. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, 2016.

LEVANDOWSKI, D. C.; CANAVARRO, M. C.; PEREIRA, M. D.; MAIA, G. N.; SCHUCK, L. M.; SANCHES, I. R. Maternidade e HIV: revisão da literatura brasileira (2000–2014). **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 69, n. 2, p. 34-51, 2017.

LOPES, L. M. et al. Coordenação da assistência prestada às pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 11, p. 2283-97, 2014.

MANN, J. (org.). **A Aids no mundo**. Rio de Janeiro: Relume-Dumara; ABIA; 1993. 321 p.

- MARSIGLIA, R. M. G. Universalização do acesso ao Sistema Único de Saúde no Brasil: desafios para a Atenção Primária à Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, v. 20, n. 3, p. 317-325, 2012.
- MASSIGNANI, L. R. M.; RABUSKE, M. M.; BACKES, M. S.; CREPALDI, M. A. Comunicação de diagnóstico de soropositividade HIV e aids por profissionais de saúde. **Psicol. Argum.**, v. 32, n. 79, p. 65-75, Supl 1., 2014.
- MAZZA, V. A.; MELO, N. S. F. O.; CHIESA, A. M. O grupo focal como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa: relato de experiência. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 183-8, 2009.
- MEDEIROS, L. B. et al. Integração entre serviços de saúde no cuidado às pessoas vivendo com aids: uma abordagem utilizando árvore de decisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 2, p. 543-52, 2016.
- MEDINA, M. G. Promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas: o que fazem as equipes de Saúde da Família? **Saúde debate**, v. 38, n. esp, p. 69-82, 2014.
- MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene**, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010.
- MELO, E. S.; ROZENDO, C. A.; ARGOLO, J. G. M.; QUEIROZ, A. A. F. L. N.; GIR, E.; REIS, R. K. Mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 33, n. 3, 2017.
- MENDES, E.V. As redes de atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.5; p.2297-2305, 2010.
- MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12^a ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MIRANDA, A. E. et al. Avaliação da cascata de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n. 9, 2016.
- MOURA, E. R. F.; LIMA, D. M. C.; SILVA, R. M. Aspectos sexuais e perspectivas reprodutivas de mulheres com HIV/aids, o que mudou com a soropositividade. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 28, n. 1, p. 37-48, 2012.
- NOGUEIRA, J. W. S.; RODRIGUES, M. C. S. Comunicação efetiva no trabalho em equipe em saúde: desafio para a segurança do paciente. **Cogitare Enferm.**, v. 20, n. 3, p. 636-40, 2015.

- NUNES, B. P.; THUMÉ, E.; TOMASI, E.; DURO, S. M. S.; FACCHINI, L. A. Desigualdades socioeconômicas no acesso e qualidade da atenção nos serviços de saúde. **Rev Saúde Pública**, v. 48, n. 6, p. 968-76, 2014.
- OLIVEIRA, R. N.; TAKAHASHI, R. F. 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.
- OLIVEIRA, A. D. F.; VIEIRA, M. C. A.; COSTA E SILVA, S. P.; MISTURA, C.; JACOBI, C. S.; CARVALHO E LIRA, M. O. S. Repercussões do HIV no cotidiano de mulheres vivendo com AIDS. **J. res.: fundam. care. online.**, v. 7, n. 1, p. 1975-86, 2015.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate.** Brasília: OPAS, 2011.
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS / ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Declaração de Alma-Ata.** Conferência Internacional sobre Cuidados Primários em Saúde, Casaquistão, URSS. 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- OMS. **Mulheres e saúde: evidências de hoje, agenda de amanhã.** Brasil, OMS, 2011.
- PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O. A Compreensão do temor como modo de disposição da mulher com HIV/AIDS diante da (im)possibilidade de amamentar. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 17, n. 3, p. 510-8, 2008.
- PADOIN, S. M. M.; SOUZA, I. E. O.; PAULA, C. C. COTIDIANIDADE DA MULHER QUE TEM HIV/AIDS: modo de ser diante da (im)possibilidade de amamentar. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 1, p. 77-83, 2010.
- PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios.** Séries Saúde no Brasil 1, 2011 Publicado online.
- PALÁCIO, M. B.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **PSICO**, v. 43, n.3, p. 350-67, 2012.
- PAULA, C. C. et al. Existential movement experienced by adolescents with acquired immunodeficiency syndrome: a phenomenological study. **Online braz. j. nurs. (Online)**, v. 12, n. 1, p. 33-48, 2013.
- PAVIANI, N. M. S., FONTANA, N. M. Oficinas pedagógicas: relato de uma experiência. **Conjectura**, v. 14, n. 2, p. 77-88, 2009.
- PEREIRA, E.L.; SILVA, F.C. **Retratos de uma história.** Santa Maria, 2008.
- PORTO, T. S. A. R.; SILVA, C. M.; VARGENS, O. M. C. Cuidando de mulheres com HIV/AIDS: uma análise interacionista na perspectiva de mulheres profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 35, n. 2, p. 40-6, 2014.

QUADROS, J. S. **Suporte social às mulheres vivendo com HIV**: repercussões no período gravídico puerperal. 2016. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

QUINDERÉ, P. H. D. et al. Acessibilidade e resolubilidade da assistência em saúde mental: a experiência do apoio matricial. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 7, p. 2157-66, 2013.

RAMOS, V. M.; FIGUEIREDO, E. N.; SUCCI, R. C. M. Entraves no controle da transmissão vertical da sífilis e do HIV no sistema de atenção à saúde do município de São Paulo. **Rev bras epidemiol.**, v. 17, n. 4, p. 887-98, 2014.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROCHA, M. D. H. A.; SAMUDIO, M. Resgatando a história social da aids no mundo: reflexão sobre o caminho da vulnerabilidade. **Revista Científica CENSUPEG**, n. 2, p. 209-18, 2014.

RODRIGUES, L. S. A. Vulnerabilidade de mulheres em união heterossexual estável à infecção pelo HIV/Aids: estudo de representações sociais. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 2, p. 349-55, 2012.

ROSEN, R. & HAM, C. Atención integrada: enseñanzas de evidencia y experiencia: informe Del Seminario Anual de Salud 2008 Sir Roger Banninster. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, 1:2, 2008.

SANCHEZ, R. M.; CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, 2012.

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

SANTOS, E. M. et al. Avaliação do grau de implantação do programa de controle da transmissão vertical do HIV em maternidades do “Projeto Nascer”. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 19, n. 3, p. 257-269, 2010.

SEQUEIRA, C. Comunicação terapêutica em saúde mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, n. 12, 2014.

SHAHA, M., WENZEL, J., HILL, E. E. Planning and conducting focus group research with nurses. **Nurse Res**, v. 18, n. 2, p. 77-87, 2011.

SHIMIZU, H. E.; DUTRA, E. B.; TRINDADE, J. S.; MESQUITA, M. S.; RAMOS, M. C. Índice de Responsividade da Estratégia Saúde da Família da Zona Urbana. **Acta Paul Enferm.**, v. 29, n. 3, p. 332-9, 2016.

SHIMIZU, H. R.; PAMELA, X.; SANCHEZ, M. N. Representações sociais do SUS: um sistema permeado pela dificuldade de acesso à atenção integral. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v.6, n.3, p. 295-306, 2012.

SILVA, S. F. R. et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **R. Brasileira de Análises Clínicas**, v. 42, n. 3, p. 209-12, 2010.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SILVA, O. No espelho da bioética crítica: a imagem refletida das vulnerabilidades das pessoas que vivem-convivem com HIV/AIDS. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 3, p.1030-44, 2013.

SILVA, E. B.; PADOIN, S. M. M.; VIANNA, L. A. C. Violência contra a mulher: limites e potencialidades da prática assistencial. **Acta Paul Enferm.**, v. 6, n. 6, p. 608-13, 2013.

SILVA, E. B. et al. Oficinas pedagógicas com profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF): (re)significando a prática assistencial às mulheres em situação de violência. **Boletim do Instituto de Saúde**, v. 14, n. 3, p. 259-65, 2013.

SILVA, L. A.; ALVES, V. H.; RODRIGUES, D. P.; PADOIN, S. M. M.; BRANCO, M. B. L. R.; SOUZA, R. M. P. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura no pré-natal. **J. res.: fundam. care. online.**, v. 7, n. 2, p. 2298-2309, 2015.

SILVA, M. P. F.; LUNA, I. T.; BEZERRA, S. T. F.; MAIA, C. C.; MOURA, D. J. M.; PINHEIRO, P. N. C. Avaliação do serviço de teste e aconselhamento em DST/HIV/AIDS na perspectiva do usuário. **Rev. Bras. Pesq. Saúde**, v. 17, n.3, p. 60-68, 2015.

SILVA, S. S.; NERY, I. S.; CARVALHO, N. A. R.; SANTOS, J. D. M. Rede de apoio a mulheres com HIV na prevenção da transmissão vertical: revisão integrativa. **Rev Min Enferm.**, v. 19, n. 2, p. 225-31, 2015.

SOUSA, A. M. et al. A política de AIDS no Brasil: uma revisão de literatura. **J Manag Prim Health Care**, v. 3, n. 1, p. 62-66, 2012.

SOUSA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; RODRIGUES, D. P.; VASCONCELOS, L. D. P. G. Impacto da descoberta da soropositividade para o HIV em mulheres durante o acompanhamento pré-natal. **Rev enferm UFPE online.**, v. 9, n. 12, p. 1284-9, 2015.

SOUZA, L. C. **Demandas de puérperas aos serviços de saúde**: revisão narrativa da literatura. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2016.

SOUZA, M. S. P. L. et al. Fatores associados ao acesso geográfico aos serviços de saúde por pessoas com tuberculose em três capitais do Nordeste brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 1, p. 111-20, 2015.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STRAUS, S. E.; TETROE, J.; GRAHAM, I. D. **Knowledge Translation in Health Care Moving from Evidence to Practice**. Ontário: Ed Wiley-Blackwell Ltda, 2013.

TESSER, C. D., NORMAN, A. H. Repensando o acesso ao cuidado na Estratégia Saúde da Família. **Saúde Soc**, v.23, n.3, p.869-883, 2014.

VAL, L. F.; NICHATA, L. Y. I. A integralidade e a vulnerabilidade programática às DST/HIV/AIDS na Atenção Básica. **Rev Esc Enferm USP**, v. 48(Esp), p.149-55, 2014.

VIANA, A. L. D.; POZ, M. R. D. A reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 11-48, 1998.

VIANA, R. B. et al. Vivências de gestantes soropositivas em relação à assistência de enfermagem: estudo descritivo. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. 3, p. 548-55, 2013.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Sup:S85-S100, 2014.

VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017.

VILLELA, W. V.; MONTEIRO, S. Gênero, estigma e saúde: reflexões a partir da prostituição, do aborto e do HIV/aids entre mulheres. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 24, n. 3, p. 531-40, 2015.

VICTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Polise Psique**, v. 2, n. 1, p. 99-119, 2012.

ZAMBENEDETH, G.; SILVA, R. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. **Estudos de Psicologia**, v. 20, n. 4, p. 229-40, 2015.

APÊNDICE A – ROTEIRO PARA AS OBSERVAÇÕES

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Pesquisadora: Enf^a Dd^a Raquel Einloft Kleinubing
Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Pontos a serem observados:

Acessibilidade	Anotações	Utilização	Anotações
Consulta pré-natal		Consulta pré-natal	
Intervalo de tempo entre a descoberta da gestação e início do pré-natal		Realização de aconselhamento	
Estrutura do serviço de saúde		Realização de acolhimento	
Realização de transferência entre os serviços de saúde		Realização de transferência entre os serviços de saúde	
Retorno das gestantes ao serviço de Atenção Primária à Saúde		Retorno das gestantes ao serviço de Atenção Primária à Saúde	
Solicitação de teste anti-HIV, demais sorologias e outros exames, de acordo com os trimestres gestacionais		Solicitação de teste anti-HIV, demais sorologias e outros exames, de acordo com os trimestres gestacionais	
Localização do serviço de saúde em relação à moradia		Realização de teste rápido anti-HIV e VDRL	
Intervalo de tempo entre a marcação das consultas		Disponibilidade de insumos (testes rápidos anti-HIV e VDRL, preservativos, materiais educativos e antirretrovirais)	
Horário de funcionamento do serviço de saúde		Orientações ofertadas às usuárias (utilização correta e importância da adesão aos antirretrovirais, profilaxia da transmissão vertical, orientações sobre o pré-natal e puerpério)	
Relação profissionais-usuárias		Realização de ações educativas com as gestantes e com a comunidade	

Acessibilidade	Anotações	Utilização	Anotações
Relação entre os serviços de saúde			
Relação entre os profissionais da equipe de saúde			
Relação com a comunidade			
Papel exercido por cada profissional na equipe de saúde			
Flexibilidade no agendamento da consulta			
Disponibilidade de recursos humanos e materiais			

APÊNDICE B – ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Pesquisadora: Enf^a Dd^a Raquel Einloft Kleinubing
Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Nº do instrumento: _____

1. Dados de Identificação:

Nome:
Idade:
Escolaridade:
Situação Conjugal:

2. Eixos norteadores da entrevista:

- Descoberta do seu diagnóstico:
- Cotidiano após o diagnóstico:
- Gestação no contexto do HIV:
- Nascimento da criança:
- Puerpério no contexto do HIV:
- Facilidades e dificuldades quanto à acessibilidade aos serviços de saúde (geográfica, tempo e psicossocial):
- Facilidades e dificuldades quanto à Utilização dos serviços de saúde (tipo e extensão do uso):
- Intenção de utilizar os serviços de saúde:
- Conhecimento da possibilidade de utilização dos serviços de APS, independente da situação sorológica:
- Intenção de utilizar os serviços de Atenção Primária à Saúde (APS):
- Como imagina que a acessibilidade e a utilização dos serviços de saúde poderiam ser melhoradas para corresponder com as suas necessidades de saúde:

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (MULHERES)*

Nº do instrumento: _____

Título da pesquisa: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Pesquisadora responsável: Profa Dra Cristiane Cardoso de Paula

Doutoranda: Raquel Einloft Kleinubing

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8938, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970, Santa Maria.

Locais da produção de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), serviço de Atenção Primária (APS), Casa Treze de Maio e Hospital Casa de Saúde de Santa Maria/RS.

Prezada Senhora:

Você está sendo convidada para participar desta pesquisa intitulada “Acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV” de autoria de Raquel Einloft Kleinubing, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Cristiane Cardoso de Paula, que tem por objetivo desenvolver coletivamente ações para o acesso aos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV, no município de Santa Maria/RS.

É importante que antes de concordar em participar desta pesquisa você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação:

-Acreditamos que essa pesquisa ampliará o conhecimento do tema saúde da mulher vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações integrais desenvolvidas no acompanhamento específico da condição sorológica.

- Para sua realização será desenvolvida observação do seu atendimento nos serviços de APS e Especializado e entrevista (conversa individual). Dessa maneira, sua participação consistirá no comparecimento no serviço de saúde e no dia agendado de entrevista. Os encontros serão gravados (áudio), anotados no diário de campo e posteriormente transcritos por mim, doutoranda Raquel Einloft Kleinubing, a fim de resguardar a fidedignidade dos dados.

- Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, riscos de ordem moral e psicológica. Destaca-se que alguns sentimentos poderão ser mobilizados e, caso isso ocorra, iremos conversar até chegar a um acordo a respeito da sua permanência ou desistência na pesquisa.

- Os benefícios esperados com este estudo será ampliar o conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde às mulheres vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas para facilitar o acesso e a adesão às recomendações terapêuticas preconizadas.

- Você terá a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com a doutoranda, pesquisadora responsável ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

- Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos (incinerados).

-Os gastos necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa serão assumidos pela pesquisadora responsável e pela doutoranda. Garante-se a indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

Eu _____, portador da identidade _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável e/ou doutoranda, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informada, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetida, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura da mulher

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do entrevistador

Dra Cristiane Cardoso de Paula - pesquisador responsável
Telefone: (55) 32208938 ou (55)99993282*

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA OS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Pesquisadora: Enfª Ddª Raquel Einloft Kleinubing
Orientadora: Profª Enfª Drª Cristiane Cardoso de Paula

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

1º Momento - Apresentação: Será realizada a apresentação individual e grupal de todos os participantes.

2º Momento - Apresentação dos objetivos do encontro: no primeiro encontro focaremos em apresentar a pesquisa, entregar e recolher o TCLE, explicar sobre o funcionamento e organização do GF, o papel da moderadora e do observador. Nos demais serão apresentados os objetivos de cada encontro.

3º Momento - Dinâmica: início da dinâmica de debate.

4º Momento - Discussão: discussões do objetivo proposto. Serão utilizadas perguntas-chave abertas: O quê? Para quê? Por quê? Como? Além de incentivar os participantes do estudo, ressaltar a importância deles.

5º Momento - Síntese da finalização: retomam-se os objetivos e inicia-se a construção de uma síntese coletiva. Será organizado o planejamento do próximo encontro, entregue a avaliação, os agradecimentos finais e a confraternização.

1º encontro do GP	
Objetivo	Discutir com os profissionais do serviço especializado e dos serviços de atenção primária à saúde as ações que cada serviço está desenvolvendo para a atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV.
1º momento (10 min)	Recepção dos profissionais/Agradecer pela disponibilidade e iniciativa em participar desta pesquisa.
	Convidar os participantes a assinarem as duas vias do TCLE- Pedir para um observador recolher. Entrega dos crachás e pedir que cada um escreva seu nome no crachá.
	Dinâmica da apresentação em dupla
2º momento (30 min)	Lembra-los do objetivo da pesquisa e do encontro- “Esta pesquisa trata-se de uma tese de doutorado do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da UFSM, e tem como objetivo desenvolver coletivamente ações para promoção do acesso de mulheres vivendo com HIV aos serviços de APS e Especializado de Santa Maria/RS. Nosso primeiro encontro tem como objetivo conversar como está a atenção às mulheres vivendo com HIV em nossa cidade”. Seguiremos a técnica de coleta dos GF que tem a finalidade de coletar informações sobre um determinado tema por meio do debate e diálogo entre os sujeitos. Teremos a participação de 2 observadoras que são responsáveis pela logística do encontro, acompanharão e registrarão todos os passos, ajudando o moderador. Este é caracterizado como o facilitador do debate, ou seja, que irá coordenar o grupo.

3 e 4º momentos (60 min)	<p>Iniciar a discussão após o término da apresentação dos slides- Peça que compartilhem conosco como se dá o acesso das mulheres vivendo com HIV na perspectiva de vocês no serviço em que vocês atuam, olhando para o que as mulheres relataram que vivenciam? Depois que todos os participantes de cada serviço falarem e responderem a primeira questão, prosseguir com os questionamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - O que vocês fazem para promover/quais ações são desenvolvidas no seu serviço para a promoção da acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado às mulheres vivendo com HIV? Instigar todos os participantes de cada serviço a falarem e responderem a questão. Após, prosseguir com os questionamentos: - O que poderia ser feito/Quais ações poderiam ser desenvolvidas pelo seu serviço para promover a acessibilidade e utilização? - Quais são as dificuldades que que vocês, enquanto profissionais dos serviços, enfrentam para promover o acesso à essas mulheres? Instigar todos os participantes de cada serviço a falarem e responderem a questão. Após, prosseguir com os questionamentos: - E quais são as facilidades que vocês identificam? Instigar todos os participantes de cada serviço a falarem e responderem a questão.
5º momento (20min)	<p>Realizar a síntese e validação coletiva do encontro, retomando com os profissionais o que foi discutido. Planejamento do próximo encontro. Agradecimentos finais. Convite para a confraternização</p>
TOTAL= 120 min³	Observador coordenar tempo
2º encontro do GF	
Objetivo	Discutir com os profissionais do serviço especializado e dos serviços de atenção primária à saúde a constituição do fluxo de atendimento das mulheres vivendo com HIV em SM.
1º momento (10 min)	<p>Organização da logística Entrega dos crachás Folha de chamada Caso haja novos participantes, convidá-los a assinarem as duas vias do TCLE Reforçar o contrato grupal (início e final do encontro e as questões de respeitar o colega que está com a palavra, levantar a mão pra pedir a palavra na discussão) Entregar um instrumento de caracterização para preenchimento pelos participantes</p>
2º momento (20 min)	<p>Explicar o objetivo deste encontro que consiste em discutir com os profissionais do serviço especializado e do serviço de APS como pode ser constituído o fluxo de atendimento das mulheres vivendo com HIV em SM. Para tanto, serão retomados e aprofundados os pontos discutidos no encontro anterior Caso haja mais participantes compondo o grupo, retomar sinteticamente o que foi abordado no encontro anterior- fazer uma síntese para levar ao encontro (digitar os pontos que compuseram a síntese do encontro anterior- folha dentro da pasta).</p>

³ Esse tempo será acordado com o grupo no primeiro momento do encontro. Sendo que, se o objetivo não for alcançado no tempo previamente acordado, o encontro será encerrado e agendado a próxima data para continuidade deste encontro.

<p>3º momento (60 min)</p>	<p>1) Por meio da análise da transcrição do encontro anterior, trazer os elementos da acessibilidade e da Utilização que possam fundamentar a construção do fluxo- trazer a síntese em slides. Caso haja necessidade de buscar mais elementos que contemplem acessibilidade e utilização, fazer as perguntas para complementação.</p> <p>2) Dar continuidade à discussão fazendo os seguintes questionamentos- momento de teorização: - O que vocês entendem/sabem por Redes de Atenção à Saúde? Depois que todos os participantes de cada serviço falarem e responderem a primeira questão, prosseguir com os questionamentos:</p> <p>- E o que vocês conhecem/sabem sobre linha de cuidado e descentralização do cuidado? Depois que todos os participantes de cada serviço falarem e responderem a primeira questão, prosseguir com os questionamentos:</p> <p>- E o que vocês acham que é um fluxo? O que ele deve contemplar?</p> <p>A partir dessa apresentação questionar: Como pode ser constituído o fluxo de atendimento das mulheres vivendo com HIV em SM/RS/BR? Como desenvolver os nós/interações entre os serviços para o funcionamento do fluxo?</p>
<p>4º momento (30 min)</p>	<p>Realizar a síntese a validação coletiva do encontro, retomando com os profissionais o que foi discutido. Planejamento do próximo encontro. Agradecimentos finais Convite para a confraternização</p>
<p>TOTAL= 120 min</p>	<p>Observador coordenar tempo</p>
3º encontro do GP	
<p>Objetivo</p>	<p>Discutir com os profissionais do serviço especializado, dos serviços de atenção primária e com os gestores, como desenvolver o fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM.</p>
<p>1º momento (10 minutos)</p>	<p>Organização da logística; Entrega dos crachás; Caso haja novos participantes, convidá-los a assinarem as duas vias do TCLE, entregar os crachás para preencher e a folha para coleta do número do whatsapp; Reforçar o contrato grupal (início e final do encontro e as questões de respeitar o colega que está com a palavra, levantar a mão pra pedir a palavra na discussão) Folha de chamada Reforçar o contrato grupal.</p>
<p>2º momento (10 minutos)</p>	<p>Explicar o objetivo deste encontro que consiste em discutir com os profissionais do serviço especializado, dos serviços de atenção primária e com os gestores, como desenvolver o fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM. Responderemos esse objetivo a partir da síntese do encontro anterior e do esboço do fluxo. Este foi construído a partir das discussões do primeiro e segundo encontro.</p>
<p>3º e 4º momento (90 minutos)</p>	<p>Apresentação pela moderadora de uma síntese acerca dos encontros anteriores. Apresentar o esboço do fluxo de atendimento às mulheres vivendo com HIV em SM- imprimir cópias para os participantes do grupo. A partir dessa apresentação questionar: 1) O que vocês acham do esboço de fluxo que foi apresentado ao grupo? 2) O que pode ser modificado, acrescentado ou retirado? 3) Como vocês acham que podemos operacionalizar a essa rede?</p>
<p>5º momento (10 minutos)</p>	<p>Realizar a síntese a validação coletiva do encontro, retomando com os profissionais o que foi discutido. Planejamento do próximo encontro. Agradecimentos finais Convite para a confraternização</p>
<p>TOTAL= 120 min</p>	<p>Observador coordenar tempo</p>

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS E GESTORES)*

Nº do instrumento: _____

Título da pesquisa: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Pesquisadora responsável: Profa Dra Cristiane Cardoso de Paula

Doutoranda: Raquel Einloft Kleinubing

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8938, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970, Santa Maria.

Locais da produção de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), serviço de Atenção Primária (APS), Casa Treze de Maio e Hospital Casa de Saúde de Santa Maria/RS.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado/a para participar desta pesquisa intitulada “Acessibilidade e utilização dos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV” de autoria de Raquel Einloft Kleinubing, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, sob orientação da Professora Doutora Cristiane Cardoso de Paula, que tem por objetivo desenvolver coletivamente ações para o acesso aos serviços de APS e Especializado para atenção às mulheres vivendo com HIV, no município de Santa Maria/RS.

É importante que antes de concordar em participar desta pesquisa você compreenda todas as informações as quais dizem respeito a sua participação:

- Acreditamos que essa pesquisa ampliará o conhecimento do tema saúde da mulher vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações integrais desenvolvidas no acompanhamento específico da condição sorológica.

- Para sua realização será utilizado como método de coleta de dados a técnica de observação e de grupo focal. Dessa maneira, sua participação consistirá no comparecimento nos encontros do grupo, na qual discutiremos a atenção à saúde de mulheres vivendo com HIV. Os encontros contarão com a presença de seus colegas, seja dos serviços de APS ou das demais instituições elencadas como campo para a produção de dados. Os encontros serão gravados (áudio), anotados no diário de campo e posteriormente transcritos por mim, doutoranda Raquel Einloft Kleinubing, a fim de resguardar a fidedignidade dos dados.

- Comunico que a sua participação em qualquer fase da pesquisa, não representará, a princípio, riscos de ordem moral e psicológica. Destaca-se que alguns sentimentos poderão ser mobilizados devido à discussão conjunta e você terá de refletir sobre o seu cotidiano assistencial e episódios relacionados à sua experiência. Caso isso ocorra, iremos conversar até chegar a um acordo a respeito da sua permanência ou desistência na pesquisa.

- Os benefícios esperados com este estudo será ampliar o conhecimento sobre o tema abordado, com possibilidade de melhora no atendimento de saúde às mulheres vivendo com HIV. Espera-se contribuir para as ações desenvolvidas, no sentido de contribuir para uma melhor articulação da atenção à saúde nos diferentes níveis de densidade tecnológica. Além disso, pretende-se colaborar para a discussão da política pública municipal repensando as ações desenvolvidas e a reorganização do fluxo das mulheres vivendo HIV nos serviços de APS e Especializado, a fim de promover a aproximação entre os profissionais dos diferentes serviços. Com isso, pode-se para facilitar o acesso e a adesão às recomendações terapêuticas preconizadas durante a gestação.

- Você terá a possibilidade de esclarecer qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com a doutoranda, pesquisadora responsável ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

- Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

- As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos participantes, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009 Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos (incinerados).

-Os gastos necessários para o desenvolvimento dessa pesquisa serão assumidos pela pesquisadora responsável e pela doutoranda. Garante-se a indenização em caso de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Eu _____, portador da identidade _____ após a leitura ou a escuta da leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com a pesquisadora responsável e/ou doutoranda, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro para que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como de esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do profissional

_____ Data: ___/___/___
Assinatura do entrevistador

Dra Cristiane Cardoso de Paula - pesquisador responsável
Telefone: (55) 32208938 ou (55)99993282*

* Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato: Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE F – AVALIAÇÃO DOS ENCONTROS DE GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Pesquisadora: Enf^a Dd^a Raquel Einloft Kleinubing
Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Caro participante, agradecemos sua participação nesta pesquisa.
Gostaríamos que você registrasse a sua avaliação de nossos encontros:

	Sim	Regular	Não
LOCAL			
O local estava adequado?			
Estava organizado?			
Era confortável?			
O ambiente estava tranquilo?			
O tempo foi adequado?			
Houve interrupções?			
ENCONTRO			
Os objetivos foram explicados?			
O guia de temas foi adequado?			
A sistematização do encontro foi adequada?			
As ideias foram retomadas?			
MODERADOR E OBSERVADOR			
Participaram ativamente?			
Estavam tranquilos?			
Proporcionaram um bom relacionamento?			
Tinham domínio do guia de temas?			
Promoveram a tranquilidade dos membros do grupo			
Foram imparciais?			
Promoveram um bom relacionamento?			
Retomaram os debates, quando preciso?			
A programação foi respeitada?			

Agradecemos a sua participação!

Dd^a Raquel Einloft Kleinubing
Dra^a Cristiane Cardoso de Paula

APÊNDICE G – INSTRUMENTO DE CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES DO GRUPO FOCAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUACAO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Doutoranda: Enf^a Me. Raquel Einloft Kleinubing
Orientadora: Prof^a Enf^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula
Coorientadora: Enf^a Dr^a Tassiane Ferreira Langendorf

ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Caro participante, agradecemos sua participação nesta pesquisa.
Gostaríamos que você respondesse os questionamentos a seguir para que possamos caracterizá-lo:

1) NOME:

2) ESCOLARIDADE:

3) CARGO QUE OCUPA:

4) SERVIÇO EM QUE ATUA:

5) TEMPO DE SERVIÇO:

APÊNDICE H – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título da pesquisa: ACESSIBILIDADE E UTILIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESPECIALIZADA POR MULHERES COM HIV NA PERSPECTIVA DE USUÁRIAS E PROFISSIONAIS

Pesquisadora responsável: Profa Dra Cristiane Cardoso de Paula

Doutoranda: Raquel Einloft Kleinubing

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) – Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8938, Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970, Santa Maria.

Locais da produção de dados: Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), serviço de Atenção Primária (APS), Casa Treze de Maio e Hospital Casa de Saúde de Santa Maria/RS.

Os pesquisadores do presente estudo se comprometem a preservar a privacidade das mulheres e dos profissionais cujos dados serão coletados por meio de gravação dos depoimentos em entrevista e em grupo focal e transcrição destes e do diário de campo. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente estudo e composição de um banco de dados. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima. Os dados transcritos da pesquisa e os TCLE serão guardados por cinco anos no campus da UFSM, Avenida Roraima, 1000, 97105-900 - Santa Maria- RS, na sala 1336 do Departamento de Enfermagem no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa: “Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade” (GP-PEFAS), cadastrada no Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob a guarda da pesquisadora responsável deste projeto Dra Cristiane Cardoso de Paula. Após esse período, os dados serão destruídos (incinerados).

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE, Santa Maria,.....dede 20.....

Dra Cristiane Cardoso de Paula
pesquisador responsável

ANEXO A – AUTORIZAÇÃO GEP/HUSM

 Gerência de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria		
FOLHA DE REGISTRO E ACOMPANHAMENTO DE PROJETOS		
Nº Inscrição GEP: ____/____/____	Data: ____/____/____	
Pesquisador:..... Função:.....		
SIAPE:..... Telefone:..... Unidade/Curso:..... E-mail:.....		
Título:.....		
TIPO DE PROJETO: () Pesquisa () Extensão () Institucional		
FINALIDADE ACADÊMICA: () TCC () Especialização () Dissertação () Tese () Iniciação Científica () Não Acadêmica		
TIPO DE PESQUISA: () Inovações Tecnológicas em Saúde () Ciências Sociais e Humanas Aplicadas a Saúde Ensaio Clínico: () Fase I () Fase II () Fase III () Fase IV () Epidemiológico () Infraestrutura () Avaliação de Tecnologia em Saúde () Biomédica (Stricto Sensu) () Clínica Epidemiológica Observacional () Pré-Clínica () Qualitativa () Sistema de Saúde Planejamento e Gestão de Políticas; Programa e Serviços da Saúde () Outras Ações de C & T		
FONTE DE FINANCIAMENTO: () Recursos do Pesquisador () HUSM () Agência Pública de fomento nacional (Capes, Cnpq, Fapergs, etc) () Agência Pública de fomento internacional () Indústria Farmacêutica () Edital Interno UFSM		
GRUPO DE PESQUISA: () Não () Sim, Qual: _____		
OBS: A fonte de financiamento da pesquisa deverá estar claramente definida no projeto. Caso haja custos para o HUSM a forma de ressarcimento deverá estar definida no projeto e com o setor envolvido.		
_____ Pesquisador Responsável		
<u>Avaliação e Aprovação Setorial</u>		
<u>Atenção Chefia: favor ler o projeto e avaliar as condições de realização no Setor antes de assinar.</u>		
Setores envolvidos	Concorda com o projeto	Assinatura e carimbo dos responsáveis
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
_____	() Sim () Não	_____
PARECER COMISSÃO CIENTIFICA GEP: _____ Data: ____/____/____		
PARECER FINAL/GEP: _____		
		Assinatura e Carimbo Data: ____/____/____

ANEXO B – AUTORIZAÇÃO NEPES/SMS-SM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pelo Núcleo de Educação Permanente do município de Santa Maria (NEPeS), autorizo a realização do estudo “Acessibilidade e Utilização das redes de atenção primária e especializada por mulheres com HIV na perspectiva de usuárias e profissionais”, a ser conduzido pela pesquisadora Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula e Doutoranda Raquel Einloft Kleinubing.

Fui informado (a) sobre suas características e objetivos, bem como sobre as atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades enquanto coparticipante do presente estudo e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos participantes recrutados para o estudo, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Responsável pelo NEPeS

Prof^a Dr^a Cristiane Cardoso de Paula

Dd^a Raquel Einloft Kleinubing

ANEXO C – AUTORIZAÇÃO CASA TREZE DE MAIO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

Eu, _____, abaixo assinado, responsável pelo Hospital Casa de Saúde do município de Santa Maria, autorizo a realização do estudo “Acessibilidade e utilização das redes de atenção primária e especializada por mulheres com HIV na perspectiva de usuárias e profissionais”, a ser conduzido pelas pesquisadoras Profª Drª Cristiane Cardoso de Paula e Doutoranda Raquel Einloft Kleinubing.

Fui informado (a), pelos responsáveis do estudo, sobre suas características e objetivos, bem como sobre as atividades que serão realizadas na instituição a qual represento. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades enquanto coparticipante do presente estudo e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes recrutados para o estudo, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Responsável pelo Hospital Casa de Saúde

Profª Drª Cristiane Cardoso de Paula

Ddª Raquel Einloft Kleinubing