

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**DO REAL AO POSSÍVEL: O CUIDADO DE  
GESTANTES/PUÉRPERAS HIV/AIDS NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Eliane Rodrigues**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2013**

**DO REAL AO POSSÍVEL: O CUIDADO DE  
GESTANTES/PUÉRPERAS SOROPOSITIVAS NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

**Eliane Rodrigues**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de

**Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Mãe-Bebê**

**Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Elenir Fedosse**

**Santa Maria, RS, Brasil  
2013**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional  
Integrada em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**DO REAL AO POSSÍVEL: O CUIDADO DE  
GESTANTES/PUÉRPERAS HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Elaborado por  
**Eliane Rodrigues**  
como requisito parcial para obtenção do grau de  
**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO  
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE MÃE-BEBÊ**

**Comissão Examinadora:**

---

**Elenir Fedosse, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/orientador)

---

**Sheila Kocourek, Dra. (UFSM)**

---

**Izabel Cristina Hoffmann, Mestre. (UFSM)**

---

**Ana Paula Seerig, Especialista. (SMS, Santa Maria/RS)**

Santa Maria, RS, Brasil  
2013

# **DO REAL AO POSSÍVEL: O CUIDADO DE GESTANTES/PUÉRPERAS HIV/AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Eliane Rodrigues; Carla Mario Brites; Elenir Terezinha Rizzetti Anversa; Elenir Fedosse

**Resumo:** Este artigo refere-se a uma intervenção junto a profissionais de três unidades de Atenção Básica de Saúde (duas Estratégias de Saúde da Família e uma Unidade Básica com Agentes Comunitários) de um município de médio porte do interior gaúcho. Tal intervenção foi realizada nessas unidades por contarem com maior número de gestantes/puérperas com HIV/AIDS; foi desenvolvida por uma assistente social e uma enfermeira de um Programa de Residência Multiprofissional Integrada, atuantes na Linha de Cuidado Mãe-bebê de um Hospital Universitário que conta com Ambulatórios de Pré-natal de Alto Risco e de Doenças Infectocontagiosas, locais que assistem gestantes/puérperas e respectivos filhos com HIV/AIDS. Foi realizado um encontro, em cada unidade de saúde, a fim de identificar o nível de conhecimento dos profissionais da equipe sobre o acolhimento, aconselhamento e acompanhamento de gestantes/puérperas com HIV/AIDS e de recém-nascidos e, mais que isso, discutir um fluxo de cuidado, ou seja, a trajetória que essas mulheres e seus filhos percorrem na rede de saúde, com vistas a ampliar o conhecimento dos referidos profissionais e favorecer a atenção qualificada de mulheres e crianças com HIV/AIDS. Os resultados demonstram que os profissionais da Atenção Básica têm suficiente conhecimento acerca dos aspectos biológicos - o que é, como é transmitida e manifestada o HIV/AIDS; no entanto, têm restrito entendimento e certa insegurança sobre seu papel frente ao acolhimento, aconselhamento e acompanhamento de gestantes/puérperas e seus recém-nascidos. Neste sentido, considera-se importante a formação continuada dos profissionais da Atenção Básica, especialmente, no que tange ao aconselhamento e acompanhamento de gestantes/puérperas com HIV/AIDS e respectivos filhos.

**Palavras chaves:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida; Cuidado Pré-natal; Equipe Interdisciplinar de Saúde.

**Abstract:** This article refers to an intervention with professionals of three units of primary health care (two Strategies for Family Health and Primary Care in Community Agents) of a medium-sized city's inner gaucho. Such intervention was performed by these units rely on more pregnant / postpartum women with HIV / AIDS, was developed by a social worker and a nurse in a Multidisciplinary Integrated Residency Program, working in Line Mother-Baby Care in a Hospital that has Outpatient prenatal High Risk and infectious diseases, pregnant women who attend local / postpartum women and their children with HIV / AIDS. A meeting was held at each health facility in order to identify the level of knowledge of the staff on reception, counseling and monitoring of pregnant / postpartum women with HIV / AIDS and newborns and, more importantly, discuss a flow of care, ie, the trajectory that these women and their children roam the health network, in order to broaden the knowledge of those professionals qualified attention and favor of women and children with HIV / AIDS. The results demonstrate that Primary Care professionals have sufficient knowledge about the biological aspects - which is, as is manifested and transmitted HIV / AIDS, however, have limited understanding and uncertainty about his role opposite the reception, advice and assistance of pregnant / postpartum women and their newborns. In this sense, it is important to continued formation of Primary Care, especially in regard to counseling and monitoring of pregnant / postpartum women with HIV / AIDS and their children.

**Keywords:** Acquired Immunodeficiency Syndrome, Prenatal Care, Health Interdisciplinary Team

# 1 INTRODUÇÃO

A epidemia de AIDS é um problema de saúde pública que atinge de forma crescente todas as regiões do planeta; preocupa, sobretudo, o aumento de novos casos em mulheres em idade reprodutiva. Segundo dados do último Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), em 2010 foram notificados 5.666 casos de HIV em gestantes, com taxa de detecção de 2,0 casos por 1.000 nascidos vivos. A única região com uma taxa de detecção de HIV em gestantes superior à média nacional foi a Região Sul com 4,8 casos por 1.000 nascidos vivos. Ressalta-se que o Rio Grande do Sul obteve o maior índice de detecção de transmissão vertical, com taxa de 7,3 para cada 1.000 nascidos vivos, seguido de Santa Catarina (5,6), Amazonas (2,4), Rio de Janeiro (2,4), Espírito Santo (2,3) e Paraná (2,2), entre outros (BRASIL, 2011).

O mesmo boletim informa que acompanhando ao aumento de gestantes infectadas tem-se uma elevação na taxa de crianças, menores de cinco anos, infectadas pelo vírus da AIDS. A transmissão vertical do HIV responde atualmente por mais de 80% dos casos de AIDS em crianças menores de 13 anos (BRASIL, 2011).

Os dados acima demonstram que o aumento de novos casos de infecção por HIV é, em parte, por transmissão vertical, o que, por sua vez, é decorrente de falhas na testagem durante o pré-natal, parto e puerpério, além de falhas na adoção de medidas profiláticas dispensadas aos recém-nascidos (BRASIL, 2011).

Uma importante iniciativa para a redução sistemática dos casos de transmissão vertical por HIV e prevenção da mortalidade materno-infantil é a adoção de medidas definida pelo Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006). Ressalta-se que uma das estratégias diz respeito ao acesso e à ampla cobertura da assistência pré-natal às gestantes (Projeto Nascer, BRASIL, 2003). O cuidado às gestantes por meio da realização de testagem Anti-HIV e se necessária a dispensação de medicamentos antirretroviral para a mulher e seu recém-nascido, bem como o fornecimento de fórmula infantil, no mínimo, até os seis meses de idade são indispensáveis para reduzir a transmissão vertical. Ressalta-se que a dispensação de medicamento e o fornecimento de fórmula infantil faz parte da Política Nacional de Prevenção DST/AIDS (BRASIL, 1999), da Política Nacional da Saúde da Mulher (BRASIL, 2004) e da Política Nacional da Saúde da Criança (BRASIL, 2009). Tais medidas tendem, em tese, a diminuir os riscos de infecções por transmissão vertical e garantir à mãe e ao bebê a devida proteção, podendo reduzir a 1% o risco de infecção por transmissão vertical (BRASIL, 2011).

Note-se que o aumento de casos de AIDS em mulheres em idade reprodutiva exigiu a implementação de medidas concretas de prevenção e monitoramento dos casos de gestantes soropositivas, de abrangência nacional, como, por exemplo, a realização de exames (testagem rápida de HIV/AIDS) na Atenção Básica (BRASIL, 2011). Além disso, deve ocorrer, durante a gestação, o aconselhamento pré e pós-teste e o acompanhamento da gestante com HIV/AIDS na Atenção Básica. Neste sentido, mesmo quando há dispensação (universal) da terapia antirretroviral no nível dos serviços especializados, as gestantes e recém-nascidos devem permanecer vinculadas aos serviços de Atenção Básica.

A Recomendações para a Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) preconiza, como uma das formas de prevenção da transmissão vertical, a garantia de que toda gestante seja testada no primeiro trimestre de gestação ou na primeira consulta de pré-natal, bem como no terceiro trimestre de gestação e que ainda seja realizado o teste rápido Anti-HIV na maternidade (antes do parto), para que medidas profiláticas sejam tomadas pela equipe

hospitalar, caso a infecção tenha ocorrido após o 3º mês de gestação e/ou esteja no período da janela imunológica.

Recentemente tem-se mais uma iniciativa para o enfrentamento da infecção por transmissão vertical, que preconiza a implantação dos testes rápidos na Atenção Básica. Os testes rápidos para HIV são utilizados nos serviços brasileiros de saúde desde 2004, mas, especificamente, nos Centros de Testagem e Aconselhamento DST/AIDS (CTAs) e nas maternidades. Essa iniciativa implica uma devida preparação dos profissionais deste nível de atenção à saúde, no processo de cuidado à gestante, de modo que ela seja testada, aconselhada e encaminhada de forma mais adequada possível pelos profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Ressalta-se que a iniciativa acima visa barrar o avanço da epidemia à medida que vai além da prevenção da transmissão vertical; nela está preconizada que a testagem deve ser oferecida à gestante e ao seu companheiro,. Portanto, desde março de 2011, o Ministério da Saúde busca sensibilizar gestores, profissionais e usuários para que adequem as unidades e capacitem os profissionais para que seja viável a implantação dos testes juntamente com o aconselhamento das gestantes e de seus companheiros que procuram e/ou são trazidos às unidades por meio de busca ativa.

Sabe-se que os profissionais de saúde da Atenção Básica são os que mais têm vínculo com a população, pois convivem em seus territórios, bem como se sabe que ela é importante “porta de entrada” no sistema de saúde (BRASIL, 2012). Tal fato não exclui o envolvimento dos outros níveis de atenção à saúde já que, segundo Mendes (2012), o cuidado deve ser realizado “em redes” de forma a abranger todas as necessidades dos indivíduos que buscam equacionar suas necessidades de saúde. Para o referido autor, a rede deve se apresentar de forma linear e integrada, eficaz no estabelecimento de processos coordenados de atenção ao longo dela. Está implicado nesta concepção de “rede de cuidado” o trabalho multiprofissional de abordagem interdisciplinar capaz de monitorar os processos e os resultados do sistema de saúde.

Acredita-se que as medidas de prevenção por transmissão vertical do HIV que incluem os profissionais da rede de Atenção Básica tem-se tornado importante estratégia para garantir o nascimento seguro de filhos de mulheres soropositivas, para o cuidado da mesma e de seus companheiros. Porém, questiona-se de que forma os profissionais que atuam nessa realidade estão vivenciando tal processo? Araújo *et al*, (2008), informam que a atenção à saúde de pessoas com HIV/AIDS não tem ocorrido de forma linear no Brasil, implicando, portanto, em uma cobertura desuniforme e, por isso, impondo-se com um desafio para as equipes de todos os níveis de saúde.

Considerando-se os argumentos acima, este trabalho buscou conhecer e intervir junto aos profissionais da Atenção Básica para compreender de que forma os mesmos estão vivenciando o processo de cuidado a gestantes com HIV/AIDS. Esta intervenção foi desenvolvida por uma assistente social e uma enfermeira (residentes de um Programa Multiprofissional Integrado), alocadas na linha de Cuidado Mãe-Bebê de um Hospital Universitário (de abrangência regional), que tiveram a oportunidade de trabalhar com gestantes soropositivas e seus recém-nascidos, nos serviços de Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico e Ambulatórios Pediátrico e Adulto de Doenças Infecto-Contagiosas.

Os acompanhamentos realizados durante o período de vinculação ao referido Programa de Residência oportunizou a visualização da problemática situação relativa à epidemia da AIDS, especialmente, em gestantes e recém-nascidos e impulsionou a aproximação dos profissionais do nível terciário com os do primário, buscando-se a tão almejada rede de cuidado na área. Teve-se, portanto, o objetivo de, por meio de um encontro com as equipes de saúde da Atenção Básica, também, responsáveis pelas gestantes com HIV/AIDS e seus respectivos filhos, identificar e discutir junto com os

profissionais os seus conhecimentos e as suas necessidades, de tal modo a contribuir para a efetivação das políticas e iniciativas propostas pelo Ministério da Saúde no combate à transmissão vertical do HIV no município onde foi realizado. Obviamente que se espera que o método utilizado possa inspirar profissionais de outros locais que vivenciam situação semelhante a aqui apresentada e discutida.

## 2 MÉTODOS

Esta intervenção foi realizada após a identificação do número de gestantes/puérperas atendidas no Hospital Universitário, no período de janeiro a novembro de 2012. Dessa forma, os dados aqui tratados foram levantados por meio de questionários e discussões com os profissionais das unidades básicas de saúde. Ressalta-se que ambas as ações (pesquisa do número de gestantes/puérperas e intervenção que consistiu em identificar e atuar sobre os conhecimentos dos profissionais da Atenção Básica sobre HIV/AIDS no período pré-natal e puerpério) fazem parte de um projeto de pesquisa/extensão intitulado “Da percepção de gestantes/puérperas e da educação permanente ao cuidado em rede” aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade mantenedora do Hospital Universitário, sob o número 07934312.4.0000.5346.

A consulta ao Núcleo de Vigilância Epidemiológica do Hospital Universitário revelou 46 casos de gestantes/puérperas com HIV/AIDS atendidos em 2012; as mulheres acessaram os diferentes serviços do hospital (Alojamento Conjunto, Centro Obstétrico e Ambulatórios Pediátrico e Adulto de Doenças Infecto-Contagiosas). Dentre os casos notificados, 35 mulheres são do município onde se localiza o Hospital Universitário e 11 oriundos de municípios da região.

Após a identificação dos casos foram, então, selecionadas as unidades de Atenção Básica do município com maior número de gestante/puérperas com HIV/AIDS, chegando-se a três unidades: uma Estratégia de Saúde da Família e duas Unidades Básicas de Saúde (sendo que, uma delas conta com equipe de agentes comunitários). As duas primeiras contavam com quatro casos e a terceira com três.

De posse desses dados, foi realizado, no período de 05 a 19 de Dezembro de 2012, um encontro com os profissionais de cada uma das três unidades, seguindo-se a seguinte ordem: *i*) aplicação de um questionário diagnóstico, *ii*) sensibilização das equipes por meio da apresentação dos resultados obtidos da pesquisa acima referida; *iii*) apresentação de um fluxo de atendimento para gestantes com HIV/AIDS e recém-nascidos expostos, adaptado pelas autoras deste trabalho e *iv*) a aplicação de um questionário avaliativo da intervenção. Foram realizadas ainda anotações, pelas residentes, dos comentários e dúvidas dos profissionais de saúde produzidos durante os encontros que duraram, aproximadamente, três horas cada. Neste sentido, recorreu-se também à observação participante (MINAYO, 1992), que consiste em captar os diálogos e temáticas trazidas pelos participantes de um dado encontro.

O questionário diagnóstico ocupou-se da *i*) definição, formas de transmissão e diagnóstico da doença; *ii*) o processo de aconselhamento; *iii*) do conhecimento dos profissionais sobre a rede de atendimento (fluxograma estabelecido) e *iv*) processo de trabalho dos profissionais referentes a HIV/AIDS. Já o questionário avaliativo da intervenção contemplou questões sobre: *i*) como a equipe de saúde pode contribuir no processo de efetivação do acolhimento nas unidades de saúde, a partir dos conhecimentos tratados no encontro; *ii*) de que forma a participação da equipe em discussões como a proposta pelas residentes, nas próprias unidades, contribuem para o trabalho da equipe e

*iii*) quais as ações, relacionadas à HIV/AIDS, a equipe acha que deveriam ser realizadas pelos profissionais da Atenção Básica.

Conforme indicado, os questionários foram aplicados nos serviços de saúde – Estratégia de Saúde da Família e Unidades Básicas de Saúde –, anterior e posteriormente a exposição de informações e discussões referentes à trajetória/fluxo de atendimento de gestantes/puérperas soropositivos e recém-nascidos expostos, com o intuito de apreender o que os profissionais tinham de conhecimento prévio e o que o encontro pode contribuir para aprimorar o conhecimento deles.

Convém dizer que os encontros foram previamente agendados e que os profissionais da saúde concordaram em participar do estudo e da intervenção, mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, respeitando os princípios éticos de pesquisas com seres humanos. Os sujeitos foram informados que a qualquer momento poderiam refutar-se a responder ou desistir da participação da pesquisa. As unidades participantes não foram identificadas, a fim de manter-se o sigilo em relação às mesmas.

### **3 RESULTADO E DISCUSSÕES**

O modelo assistencial de saúde do Brasil, da maneira como vem sendo implementado a partir da chamada Reforma Sanitária (iniciada nos anos 80), contempla a assistência integral à saúde de forma descentralizada, e, inclui ações relativas à assistência e prevenção, inclusive em HIV/AIDS. A Atenção Básica é compreendida e desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, ocorrendo no local mais próximo da vida das pessoas. Devendo, neste sentido, ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a “rede de atenção à saúde” (BRASIL, 2012). Imprescindivelmente, deve orientar-se pela universalidade, equidade, integralidade e acessibilidade do cuidado contínuo, assim como pela responsabilização, humanização, e controle social (BRASIL, 2012).

Nas diretrizes da Atenção Básica, as unidades deste nível devem receber e acolher todas as pessoas que chegam ao serviço; tais serviços são responsáveis por, num segundo momento, encaminhar as demandas específicas de saúde, mantendo o vínculo com os usuários (BRASIL, 2012). Neste sentido, Abdalla (2008) afirma que a Política de Humanização prevê o acolhimento como ação fundamental de ser realizada em qualquer nível da atenção à saúde. Acolher implica a recepção do usuário, nos centros/unidades básicas de saúde, e a responsabilização por ele; deste modo é a partir da escuta de suas queixas que se prepara a assistência resolutiva que pode ser alcançada nos diferentes níveis da rede de saúde.

Para as gestantes, de forma geral, a unidade básica de saúde torna-se ainda mais imprescindível, pois é o local de conhecer e acompanhar o seu estado gestacional. No que se refere às gestantes com HIV/AIDS, a Atenção Básica tem triplo desafio: *i*) oferecer às mulheres, o mais precocemente possível, a testagem anti-HIV; *ii*) proporcionar às mesmas o aconselhamento pré e pós-teste e *iii*) proporcionar o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2012). Do conjunto de informações a serem tratadas na situação de gestantes com HIV/AIDS, destacam-se como aspectos importantes de serem discutidos, no aconselhamento, a diferença entre HIV e as manifestações da AIDS, a disponibilidade do tratamento/sua oferta pelo Sistema Único de Saúde e os cuidados para evitar a transmissão vertical do HIV.

Segundo Araújo *et al* (2008), a descentralização do aconselhamento e da testagem do HIV, ou seja, a possibilidade de realiza-los na Atenção Básica tem o objetivo



de ampliar a cobertura de testagem, porém ainda não ocorre em sua capacidade plena. Tal dificuldade se impõe tanto pela falta de espaço físico, quando pela falta de conhecimento dos profissionais em acolher e aconselhar devidamente as gestantes com HIV/AIDS.

Considerando os argumentos acima, esta intervenção foi realizada junto a 15 profissionais da Atenção Básica, a saber: um médico ginecologista, quatro enfermeiras, um técnico de enfermagem, seis agentes comunitários de saúde, uma enfermeira e um educador físico (residentes de um Programa Multiprofissional Integrado na Atenção Básica) e um estagiário de Enfermagem.

Os resultados indicam que, de forma unânime, os profissionais de saúde bem conhecem sobre os aspectos biológicos relacionados ao HIV/AIDS e entendem que as gestantes podem obter o diagnóstico de HIV na unidade básica de saúde realizando o exame Anti-HIV já na primeira consulta de pré-natal, reconhecendo-o como rotina no primeiro trimestre. Identificam, da mesma forma, que as gestantes necessitam ser orientadas quanto às questões relativas ao HIV/AIDS, destacando: *i*) as formas de transmissão para o feto e/ou recém-nascido; *ii*) o uso de medicamentos durante a gestação e pós-parto e *iii*) os cuidados com os recém-nascidos, como, por exemplo, a não amamentação e a administração do xarope AZT (Azidotimidina) ou Zidovudina.

Os profissionais ainda ressaltam que as mesmas deveriam ficar vinculadas à unidade independentemente da positividade do exame, salientando a importância do vínculo com a unidade.

Quanto ao aconselhamento, a maioria dos profissionais sente-se incapaz para realizá-lo. Este dado é compatível com um dado dos Cadernos de Atenção Básica (BRASIL, 2012): há falta de conhecimento sobre como fazer a abordagem e também a falta de condições adequadas de estrutura (espaço físico) e funcionamento das unidades. Para Araújo (2006) os profissionais da Atenção Básica não se sentem preparados para trabalhar o aconselhamento nestas circunstâncias. A propósito, o acentuado volume de atendimentos realizados na Atenção Básica, associado ao número reduzido de profissionais nas equipes, escassez de materiais e outros recursos, impõe-se como outra dificuldade dos profissionais para efetivação do aconselhamento às gestantes no pré e pós-teste. Obviamente, conforme afirma Filgueras (2006), as condições de trabalho e a carência de insumos comprometem sobremaneira a atenção em saúde.

Do nosso ponto de vista, os profissionais envolvidos neste processo têm papel de educadores, por isso, precisam empregar seus esforços intelectuais para a apropriação de conteúdos específicos e, sobretudo, empenharem-se no desenvolvimento da empatia e sensibilidade para escutar o que lhes é falado, ou seja, devem se esforçar para proporcionarem espaço de reflexão junto às gestantes, entendendo as vulnerabilidades trazidas pelo HIV/AIDS. É fato que essa condição de educadores dos profissionais de saúde implica, antes de tudo, o compartilhamento de uma concepção de mundo e o desempenho de uma prática política que objetive realmente uma transformação social (ROCHA, 2005). Neste ponto, o Serviço Social, ao lado de outras profissões da saúde, a nosso ver, tem grande desafio a ser enfrentado junto a pessoas com HIV/AIDS, especialmente, gestantes e respectivos filhos acompanhados na Atenção Básica.

Conforme anunciado acima, a insegurança para abordar a temática do HIV/AIDS apareceu como um importante limite dos profissionais da Atenção Básica. Os profissionais que participaram desta intervenção referiram que sabem sobre os aspectos biológicos da doença, no entanto, necessitam de maior conhecimento sobre como desenvolver o processo de aconselhamento.

Segundo o Ministério da Saúde, o aconselhamento configura-se como um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no sujeito. Em outros termos, trata-

se de uma tecnologia leve (MEHRY, 2002). Esse autor explica que o trabalho em saúde é fortemente influenciado e comandado pelas relações entre os sujeitos, e propõe como eixo vital dos modelos tecnológicos assistenciais, as “tecnologias leves” e sua articulação com as outras tecnologias (“duras” e “leve-duras”). Mehry (2002) afirma que o acolhimento, o vínculo, a autonomização e a gestão são formas de orientar o cuidado nos processos em saúde. As “tecnologias leves” promovem a integralidade das ações em saúde, pois propõem um fazer que compreende o sujeito e suas interações, encurtando a distância entre os profissionais, buscando no trabalho multiprofissional e interdisciplinar uma estratégia de sanar as deficiências geradas pelo modelo de atenção médico-centrado (MEHRY, 2002; DESLANDES, 2004).

No que tange ao cuidado de pessoas com HIV/AIDS, Filgueiras (2006) reforça que o aconselhamento preconizado pelo Programa Nacional de DST/AIDS, (BRASIL, 1985) é um exemplo de tecnologia leve, à medida que valoriza o diálogo, a construção de vínculos entre profissionais e usuários, tendo como eixo central a pessoa e não a doença.

Para tanto, convém que haja uma relação de confiança entre os interlocutores (profissionais e sujeito), ao ponto de o sujeito com HIV/AIDS se sentir empoderado, ou seja, como transformador de sua condição de saúde (BRASIL, 1998). No Âmbito das DSTs/AIDS, o apoio emocional, educativo e as avaliações de riscos são componentes elementares. Os profissionais que o realizam devem se sentir seguros para realizar trocas de informações a fim de que o usuário possa avaliar os riscos, refletir sobre suas atitudes e condutas para reduzirem as possibilidades de infecção. Neste sentido, os fatores emocionais, sociais e culturais não podem ser menosprezados pela equipe de profissionais da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Pelas razões acima, Araújo *et al* (2008) consideram que o aconselhamento não se constitui uma prática cotidiana nas equipes de Atenção Básica, especificamente nas Estratégias de Saúde da Família, devido às limitações técnicas, institucionais e de relacionamento entre profissionais e usuárias, tal como vimos nesta intervenção.

Ressalta-se que o aconselhamento, no âmbito da Política DSTs/HIV/AIDS (BRASIL, 2010), é entendido como uma ampla prática preventiva, que transcende a testagem e qualifica ações em saúde. Desta forma, pode ser desenvolvido em vários momentos, não devendo se restringir ao pré e pós-teste Anti-HIV (ARAÚJO *et al*, 2008), mas também no pré-natal e puerpério e ao longo da vida da mulher. Neste sentido, os profissionais de saúde precisam estar atentos às demandas das mulheres com HIV/AIDS, principalmente, àquelas que recebem o diagnóstico de soropositividade durante o pré-natal.

O espaço do aconselhamento pode proporcionar as gestantes o acesso à informação; é imprescindível para que ela reconheça a vulnerabilidade trazida pela infecção ao HIV, os riscos da transmissão ao feto e/ou recém nascido, sem que sinta culpada, com medo ou vítima de preconceito (OLIVEIRA E TAKAHASHI, 2011). Portanto, o profissional de saúde pode e deve oferecer à mulher suporte emocional, capaz de facilitar a revelação do diagnóstico às pessoas com quem ela possa compartilhar suas angústias e preocupações, principalmente, quanto às possibilidades de não infecção do recém-nascido. A mulher também necessita de informações sobre as condutas com o recém-nascido e, é, por isso, que precisa ser acompanhada pela unidade básica e também pelo serviço especializado.

Outro aspecto que apareceu durante o encontro de formação diz respeito ao fato de que muitas gestantes recebem o resultado do teste anti HIV via laboratório e não voltam para a unidade básica. Ou seja, na tentativa de preservar o sigilo da informação, associada à carência de recursos físicos e humanos das unidades de saúde, o diagnóstico

de HIV é dado pelo Laboratório de Análises Clínicas, ou, em outros casos, a gestante recebe o diagnóstico pelo médico da unidade que define o encaminhamento dela sem discutir com os demais profissionais da equipe (desta forma a gestante é afastada da unidade básica).

Os fatos acima, contrariam as recomendações de Araujo *et al* (2008) que afirmam que a solicitação da testagem deve ser acompanhada de aconselhamento e, uma vez identificada, a gestante com HIV deve iniciar o tratamento com quimioprofilaxia e acompanhamento por equipe multiprofissional nos ambulatórios especializados, mas o pré-natal deve continuar na unidade básica de saúde. Pois este nível é o mais apropriado o aconselhamento, entendido como uma ampla prática preventiva, que transcende a testagem e qualifica ações em saúde (BRASIL, 2010). Desta forma, pode ser desenvolvido em vários momentos, não devendo se restringir ao pré e pós-teste Anti-HIV (ARAÚJO *et al*, 2008), mas durante o pré-natal e puerpério e ao longo da vida da mulher. Neste sentido, os profissionais de saúde precisam estar atentos às demandas das mulheres com HIV/AIDS, principalmente, àquelas que recebem o diagnóstico de soropositividade durante o pré-natal.

O espaço do aconselhamento pode proporcionar as gestantes o acesso à informação; é imprescindível para que ela reconheça a vulnerabilidade trazida pela infecção ao HIV, os riscos da transmissão ao feto e/ou recém nascido, sem que sinta culpada, com medo ou vítima de preconceito (OLIVEIRA E TAKAHASHI, 2011). Portanto, o profissional de saúde pode e deve oferecer à mulher suporte emocional, capaz de facilitar a revelação do diagnóstico às pessoas com quem ela possa compartilhar suas angústias e preocupações, principalmente, quanto às possibilidades de não infecção do recém-nascido. A mulher também necessita de informações sobre as condutas com o recém-nascido e, é, por isso, que precisa ser acompanhada pela unidade básica e também pelo serviço especializado.

Outro ponto importante de ser discutido é que, da forma como o processo de testagem e/ou de revelação diagnóstica tem ocorrido, as gestantes soropositivas ficam alheias ao processo, tornando-se meras expectadoras, percorrendo os serviços de saúde por determinação dos profissionais (médico, especialmente) sem saber o motivo. A revelação do diagnóstico se dá em meio às informações de seu estado gestacional, não havendo uma escuta da gestante em relação ao diagnóstico que acaba de receber. Aconselhar requer, sobretudo, um processo de escuta qualificada (BRASIL, 2012).

A falta de espaço apropriado para realizar o aconselhamento é outra dificuldade apontada pelos profissionais. Muitas vezes, os profissionais utilizam as salas desocupadas (os consultórios médicos e odontológicos ou as salas de vacinas) para que possam realizar o aconselhamento, pois as unidades básicas de saúde não contam com salas de atendimentos destinados a outros profissionais, além de médicos e enfermeiros. Por falta de espaço físico, muitas vezes, os atendimentos são interrompidos, interferindo negativamente na qualidade da abordagem/escuta e, conseqüente, na vinculação da gestante à unidade.

Os profissionais que participaram desta intervenção referiram ainda que dificilmente ficam sabendo das condutas aplicadas aos recém-nascidos expostos e, nos poucos casos que tomaram conhecimento de crianças expostas, estes se deram na procura para a realização das primeiras vacinas. Referem ainda que não há na Caderneta de Saúde da Criança a identificação de que ela é exposta ao HIV, ou seja, não está indicado o código Z.20.6, da Classificação Internacional de Doenças (CID 10), referente à exposição vertical ao HIV, o que põe em risco a saúde da criança sobretudo no caso da vacina contra poliomielite (que, conforme se sabe, deve ser aplicada a SALK ao invés da SABIN).

Esses fatos, mais uma vez, revelam a precariedade do funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência na atenção pré-natal (HOFFMANN, 2008).

Alguns profissionais relataram que apesar de trabalharem na unidade há mais de oito anos, nunca souberam da existência de uma gestante soropositiva e, tampouco, de um recém-nascido e/ou crianças expostas ao HIV. Fato que revela a falta de comunicação entre os serviços que, por sua vez, inviabiliza o acesso à saúde. Do nosso ponto de vista, assentado nos princípios do SUS, para que se realizem atendimentos em rede, é necessário que os profissionais conheçam os serviços que são disponibilizados à população, e, neste caso específico, quais serviços compõem a rede de atendimento para gestantes/puérperas soropositivas e seus filhos. A propósito, os manuais do Ministério da Saúde trazem exemplos dos fluxos de atendimentos baseados unicamente no diagnóstico. Os fluxos descritos nos manuais contemplam o exame laboratorial, enfatizando a questão clínica, informando sobre a primeira testagem, os exames confirmatórios e a repetição do exame em determinado tempo após a primeira coleta. Não especificam como deve ser a trajetória das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ou seja, não indicam a organização da rede, nem mesmo para as gestantes e seus filhos, porém, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) recomenda que cada município realize seu fluxo de atendimento, baseado nos serviços disponibilizados na rede de atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A intervenção realizada abordou, além das questões acima discutidas (falta de espaço físico adequado, insuficiente número e preparo dos profissionais, falta de comunicação, entre outros), a trajetória percorrida pelas gestantes nos serviços de saúde, bem como os locais de atendimento de gestantes/puérperas soropositivas e recém-nascidos expostos e detectou um distanciamento entre o que ocorre na prática e o que está preconizado pelo Ministério da Saúde (Política HIV/AIDS) ou mesmo previsto pela gestão municipal.

O fluxo existente no município em que esta intervenção aconteceu, foi elaborado entre Novembro e dezembro de 2011 a partir de uma parceria entre pesquisadores sobre o assunto e a coordenação da Política de Saúde da Mulher do município, a Coordenação da Política HIV/AIDS da Coordenadoria Regional de Saúde e o Hospital Universitário. Ele contempla a questão diagnóstica e o percurso da gestante na rede, ou seja, explicita como deve ocorrer o exame e como a gestante deve ser atendida em suas necessidades de saúde, no entanto, há completo desconhecimento dos profissionais de como é o fluxograma. Tal fato revela, a nosso ver, a precariedade da comunicação entre os profissionais da Atenção Básica e entre os níveis de atenção à saúde.

Além disso, constatou-se que atualmente há restrição na rede de serviços municipais para pessoas que vivem com HIV/AIDS. O ambulatório especializado (que deveria configurar-se como um Centro de Tratamento e Aconselhamento - CTA) realiza atendimentos somente aos adultos soropositivos ou àqueles que queiram realizar a primeira testagem para conhecer seu diagnóstico. Não conta com a dispensação de medicamentos ou de fórmula infantil, bem como com a coleta de exames de carga viral.

O atendimento a pessoas com HIV/AIDS tem sido realizado no Hospital Universitário que, conforme já dito, é de abrangência regional. Neste sentido, os atendimentos realizados a gestantes/puérperas com HIV/AIDS, recém-nascidos expostos e crianças soropositivas centralizam-se no Hospital Universitário, que até a existência do Programa de Residência Multiprofissional Integrado, ocorria por meio de consultas médicas e de enfermagem, pois profissionais como psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos e assistentes sociais não constam na equipe de trabalho do hospital. Ressalta-se que o trabalho multiprofissional e de abordagem interdisciplinar tem sido realizado pelos residentes, nos Ambulatórios de Doenças Infecto-Contagiosas para Adultos e Pediátrico. Neste sentido, os residentes passaram a absorver toda a demanda

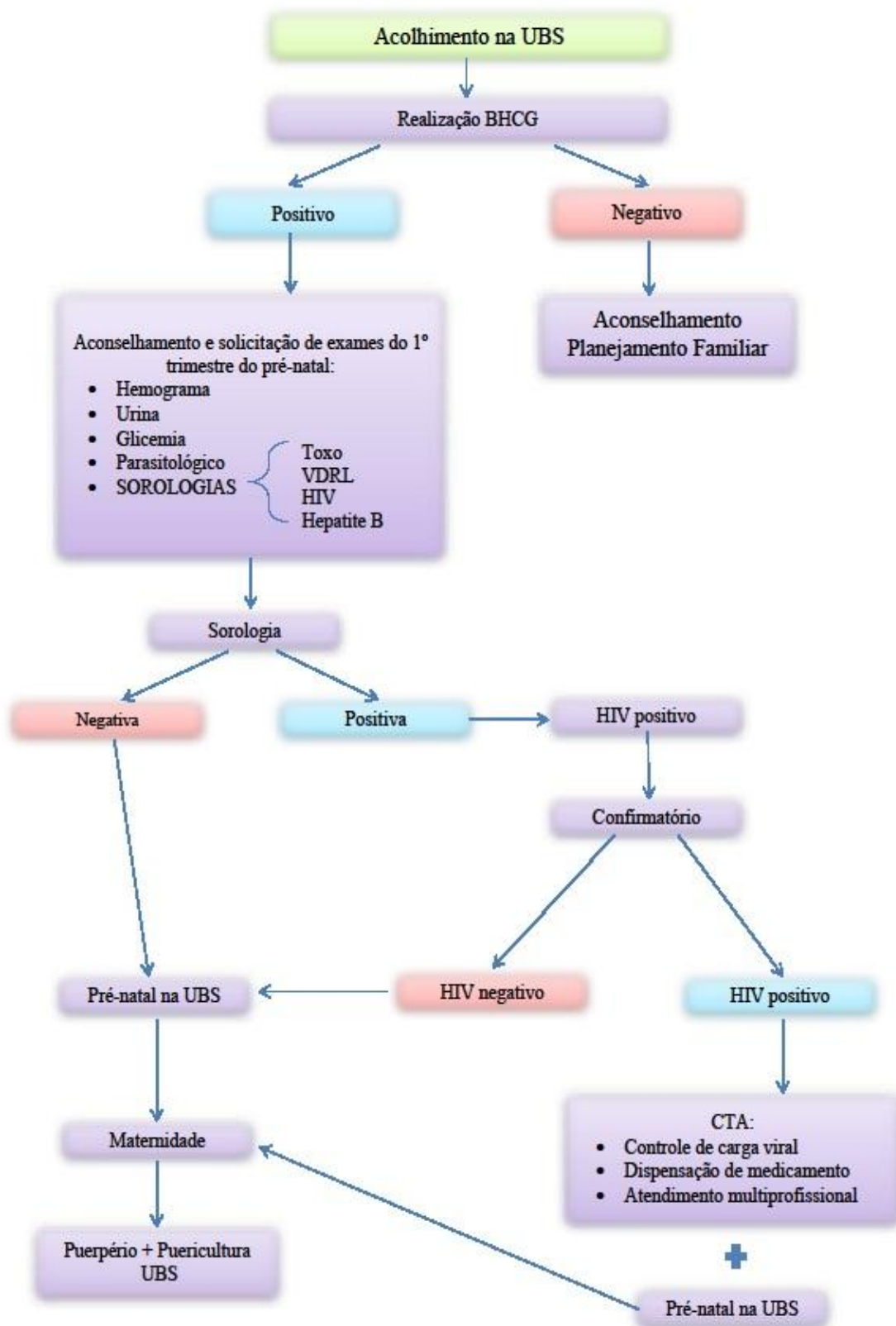
de acolhimento, aconselhamento e acompanhamento de gestante/puérperas com HIV/AIDS.

Durante os encontros com os profissionais da Atenção Básica ficou evidente que os mesmos desconheciam, em certa medida, a realidade acima indicada. Apoiadas em Marques (2003) e Rosemberg (1995), e entendendo-se, cada vez mais, que os desafios impostos pela epidemia de HIV/AIDS requerem envolvimento de equipes multiprofissionais de abordagem interdisciplinar, as residentes apresentaram e discutiram com os profissionais das unidades de Atenção Básica o Fluxograma da Assistência às Gestantes com HIV/AIDS na Rede de Atenção à Saúde de gestantes/puérperas com HIV/AIDS. Ressalta-se que Marques (2003) afirma a epidemia do HIV/AIDS como um fenômeno social que traz em si as próprias contradições do sistema de saúde: difícil acesso, pouca ou nenhuma participação dos sujeitos no processo de saúde e doença e os atravessamentos com as condições de vida e acesso aos bens e serviços produzidos coletivamente. Assim, a análise das respostas políticas à epidemia do HIV/AIDS, no Brasil, especialmente aquelas relacionadas à educação em saúde, constituem-se em espaço importante, abrangente e necessário de pesquisa e, do nosso ponto de vista, de intervenções.

No sentido acima, esta intervenção configurou-se como uma ação para incentivar as equipes de Atenção Básica a aprofundarem seus conhecimentos acerca de questões relacionadas com a prática assistencial junto a pessoas com HIV/AIDS, além de outras questões de igual relevância, como a organização e o planejamento dos serviços de saúde, as relações inter-institucionais, as relações interprofissionais e profissionais-usuários, visando-se as articulações político-institucionais previstas pelo Ministério da Saúde (Política Nacional de DST/AIDS), pelos Programas Estaduais e Municipais de DST/AIDS do Rio de Janeiro, ONG e outros Programas de Saúde que buscam garantir a qualidade de vida das pessoas com HIV/AIDS, somente alcançada por meio da intersetorialidade.

Portanto, a fim de proporcionar aos profissionais participantes da intervenção uma visão da rede de atendimento e da ideal trajetória das gestantes com HIV/AIDS foi apresentado o fluxograma de atendimento (Figura 1), baseado no elaborado por estudiosos do assunto e utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde e Política Municipal HIV/AIDS e em nossa experiência no Programa de Residência Multiprofissional Intergrada, assentada nos parâmetros do Ministério da Saúde, sob Portaria nº 151, de Outubro de 2009, que define que cada município necessita instituir o seu fluxograma de atendimento.

FIGURA 1: Fluxograma da Assistência às Gestantes com HIV/AIDS na Rede Municipal de Atenção à Saúde



Legenda:

CTA: Centro de Tratamento e Aconselhamento em DSTs/AIDS

Note-se que o fluxograma indica a trajetória da mulher desde a descoberta da gestação ao puerpério, ambos realizados na Atenção Básica. Contempla o acolhimento e aconselhamento em todos os níveis de atendimento (Atenção Básica e CTA). Ressalta a importância do atendimento no CTA sem que haja perda de vínculo da gestante com a unidade de Atenção Básica durante o pré-natal e após o nascimento do seu filho.

Quando questionados sobre a possibilidade de tal fluxo ser efetivado na prática, com o acompanhamento contínuo/longitudinal às mulheres soropositivas, os profissionais relataram que se trata de um fluxo fácil e aplicável desde que apoiado pela gestão do município, de forma co-responsável. Ressaltaram, da mesma forma, que depois que a mulher deixa a maternidade, ela e a criança não voltam para a unidade, pois não ocorre, por parte dos serviços especializados – ambulatórios do hospital - o encaminhamento para a Atenção Básica, tornando a mulher e seu recém-nascido invisíveis em seu território. Apesar de a testagem ser realizada na Atenção Básica, as gestantes soropositivas não permanecem vinculadas a sua unidade de referência. Após confirmação da soropositividade, a gestante é encaminhada ao serviço especializado - Ambulatório de Doenças Infecto-Contagiosas - e deste para o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco, e, assim, perde o vínculo com a unidade de seu território. Ou seja, o encaminhamento da gestante soropositiva ao serviço especializado, no caso deste município, faz com que, após o parto, a mesma não retorne à unidade, pois ela e seu recém-nascido ficam vinculados aos serviços especializados, o já referido Ambulatório de Doenças Infecto-Contagiosas Adulto e o Pediátrico, respectivamente.

Para Mendes (2012), na visão dos profissionais da saúde, a hierarquização vigente no SUS e a divisão dos níveis de atenção em densidade tecnológica tem constituído a Atenção Básica, como uma instância do cuidado não complexa, banalizando-a e, por consequência, sobrevalorizando os outros níveis de atenção em saúde.

Neste ponto, convém discutir que a complexidade da doença e sua interface com o social, faz com que, no imaginário coletivo, as questões de HIV/AIDS necessitam de intervenção altamente especializada e qualificada. A maioria dos profissionais de saúde compreende que a questão da soropositividade não pode ser abordada na Atenção Básica, por um lado, pela complexidade biológica que exige saber especializado, e, por outro, pela questão social do sigilo diagnóstico. Os profissionais da Atenção Básica têm contato muito próximo com o meio social/comunitário.

Os profissionais de saúde participantes desta intervenção acreditam que as gestantes buscam outras unidades para realizar acompanhamento, para si e para seus filhos, temendo que seus diagnósticos sejam conhecidos pelos profissionais e passem a ser socializados com outros usuários da unidade de saúde. Isto porque nas áreas cobertas por os agentes comunitários as relações entre estes profissionais e os sujeitos residentes é cotidiana, e, mais que isso, próximas, pois são pessoas vindas da comunidade que conhecem intimamente as pessoas que estão sob seus cuidados. A propósito, para Ferreira (2007), é necessário que os serviços de saúde que operam com o modelo de Estratégia de Saúde da Família (ESF) promovam a discussão de questões pertinentes ao “viver com HIV/AIDS”, a fim de diminuir os preconceitos existentes nas equipes e nas comunidades.

Os profissionais informaram que, por vezes, o medo de ter seu diagnóstico revelado faz com que as gestantes soropositivas procurem outra unidade de saúde, por temerem que as pessoas que moram próximas saibam de seu diagnóstico.

Sabe-se a questão do sigilo profissional está tipificada no Código Penal Brasileiro (art. 154) e sua quebra pode incidir em punição. As equipes referem que este direito não é socializado às gestantes soropositivas, o que as fazem sentirem-se inseguras na unidade. Para Ferreira (2007) e Abdalla (2008) um dos motivos imbricados na decisão de revelar ou não o diagnóstico à equipe diz respeito ao bom atendimento e acolhimento dispensado

às usuárias, dependendo, em parte, na confiança que as mesmas tem na equipe de saúde. Em outras palavras, o medo de ter seu diagnóstico revelado implica diretamente no vínculo da gestante com a unidade.

Deste modo, faz-se necessário que os profissionais de saúde dos diferentes níveis de atenção conheçam as políticas preconizadas, bem como a rede municipal de assistência à gestante soropositiva e ao seu filho exposto, para assim se efetivar, na prática, a referência e contra-referência. Compreender o fluxo de atendimento para gestantes soropositivas e seus recém-nascidos expostos, torna-se uma estratégia de prevenção da infecção por transmissão vertical. Além de garantir o acesso precoce ou oportuno ao diagnóstico e ao tratamento (BRASIL, 2012).

Ressalta-se, mais uma vez, que pelos parâmetros do Ministério da Saúde, a gestante portadora do HIV deve ser acompanhada simultaneamente em unidades básicas de saúde e nos serviço de referência/especializado desde o início da gestação (BRASIL, 2005). Os profissionais participantes desta intervenção referem, no entanto, que por orientação médica, as gestantes acabam perdendo o vínculo com a unidade e dirigindo-se apenas ao serviço especializado, tanto para as questões relativas à soropositividade – dispensação de medicamentos, controle de carga viral, entre outros – quanto no que tange às questões relativas à gestação/aos cuidados pré-natais.

Para Oliveira e Takahashi (2011) a estrutura dos serviços de saúde ainda mantém um modelo assistencial médico-centrado, realizando-se a atenção à gestante, apenas a partir de consultas médicas. Além de mudar esse modelo, sabe-se que a colaboração entre os serviços de saúde ajuda a assegurar uma assistência contínua, de forma que os sujeitos sejam acompanhados integralmente. Segundo Teixeira (2003) os mecanismos de “contato e conversação” entre os diferentes agentes das redes de saúde se fazem de modo informal, por meio de cartas ou bilhetes entregues aos usuários, sem que haja uma forma efetiva de comunicação entre os níveis de atenção. A propósito, o referido autor já esclarecia, no início da primeira década deste século, que o sistema de referência e contra-referência se efetivaria facilmente com um sistema informatizado e integrado dos serviços de saúde.

Segundo Mendes (2012), os ainda sistemas fragmentados de atenção à saúde, organizados de forma isolada, tornam-se incomunicáveis uns dos outros, repercutindo no atendimento à população. É o usuário que acaba por integrar o cuidado a ele prestado, uma vez que a atenção é descontínua; a atenção primária não se comunica com a secundária, a secundária não se comunica com a terciária e assim por diante.

De fato, esta condição surgiu diversas vezes nas falas dos profissionais participantes desta intervenção. Referiram, que, mesmo quando buscam informações dos usuários, por contato telefônico, por exemplo, em outro nível de atenção não conseguem, exceto quando os profissionais se conhecem. Portanto, ficou constatado que uma reformulação nas formas de comunicação entre os níveis de atenção e o estabelecimento de uma rede integrada à saúde (MENDES, 2012) possibilitariam a assistência integral e continuada às gestantes/puérperas soropositivas e recém-nascidos expostos.

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Esta intervenção possibilitou reconhecer que ainda há um longo caminho a ser percorrido no sentido de qualificar a aplicação da testagem, do acolhimento e do aconselhamento no pré-natal na Atenção Básica. Ficou evidente a necessidade de sensibilizar, mobilizar e aprimorar os conhecimentos sobre HIV/AIDS dos profissionais envolvidos com a assistência pré-natal para que se sintam seguros para praticarem adequadamente o cuidado às gestantes que acessam a unidade.



Sabe-se que é fundamental que as gestantes sintam-se acolhidas nos serviços de pré-natal e tenham a oportunidade de acessar as informações referentes a sua condição de saúde para tomar decisões com responsabilidade, inclusive as relativas à prevenção da infecção da criança que está gestando. Neste sentido, as equipes de saúde tornam-se fundamentais para a efetivação do cuidado. Conhecer os aspectos biológicos da doença (HIV/AIDS), as vias de transmissão, bem como o processo de aconselhamento torna-se um desafio para as equipes da Atenção Básica, frente as condições de trabalho e contingente de usuários atendidos. A qualificação da assistência pré-natal, mediante a oferta da testagem, acolhimento e aconselhamento, representa para as gestantes soropositivas o esclarecimento de dúvidas para além das questões clínicas do HIV/AIDS. Em outras palavras, um pré-natal realizado na Atenção Básica, por profissionais sensíveis e competentes quanto os múltiplos aspectos do HIV/AIDS, possibilitará às mulheres vivenciar a gestação de forma tranquila, de tal modo a poder oferecer aos seus filhos a profilaxia e o acesso às consultas multiprofissionais, tornando-se co-responsável no processo de cuidado.

Apresentar informações sobre HIV/AIDS e discuti-las com a mulher é um processo demorado e, por vezes, difícil. No entanto, configura-se como importante forma de prevenção da transmissão vertical e ampliação da qualidade de vida da mulher e de seu filho. Para tanto, faz-se necessário empoderar os profissionais da Atenção Básica, ao ponto deles transformarem a atual realidade do cuidado de gestantes HIV/AIDS, praticando no cotidiano das unidades o acolhimento, a testagem e o aconselhamento e, com isso, empoderar gestantes para que se tornem sujeitos do processo. As políticas de saúde tendem, cada vez mais, às “tecnologias leves” de cuidado, visando o estreitamento de vínculo entre profissionais e os usuários, além de enxugar os custos (satisfazendo as necessidades do sistema econômico: baixo investimento em recursos físicos e de pessoal). Neste sentido, as unidades de Atenção Básica podem e devem fortalecer os sujeitos em seus territórios e qualificar a atenção à saúde por meio do aprimoramento dos profissionais. Certamente, tais estratégias efetivarão a redução das taxas de transmissão vertical do HIV/AIDS, potencializando as ações de prevenção das DST/HIV.

Por fim, destaca-se que, embora, os profissionais tenham conhecimentos básicos a respeito das questões referentes ao HIV/AIDS no período gestacional e no pós-parto, muitos desconhecem o caminho que tais mulheres e crianças devem percorrer na rede de atenção à saúde. Assim, convém formalizar mecanismos de comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis de saúde, fazendo valer a referência e contra-referência e o estabelecimento de um fluxo de atendimento capaz de proporcionar a estas mulheres e seus recém-nascidos a vinculação às unidades de atenção básica em saúde, bem como as estratégias de aprimoramento das equipes de referência.

## 5 REFERÊNCIAS

ABDALLA F.T.M. NICHATA L.Y.I. **A Abertura da privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da**

**Família no município de São Paulo, Brasil.** Saude soc. [periódico na Internet]. 2008. Acesso em: 15 fev. 2012. vol.17, n.2, pp. (140-152). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci\\_arttext&pid=S01041290200800020001&lng=pt&nrm=isso](http://www.scielo.br/scielo.phpscript=sci_arttext&pid=S01041290200800020001&lng=pt&nrm=isso)

ARAÚJO, M.A.L.. **Avaliação da implementação do aconselhamento e diagnóstico do HIV no pré-natal** [tese]. Fortaleza (CE):Universidade Federal do Ceará; 2005.

ARAÚJO, M.A.L.; SILVEIRA, C.B.; MELO, S. P. **Vivências de gestantes e puérperas com o diagnóstico do HIV.** Rev. Bras. Enferm, Brasília 2008 set-out; Pg: 589-94.

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, pg. 1899-1906, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Programa Nacional de DST e Aids. **Projeto Nascer** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003

BRASIL. Ministério da Saúde **Boletim Epidemiológico em DSTs e HIV/AIDS**-Secretaria de Vigilância em Saúde – Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco/Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.:il.-(Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Implicações Éticas do Diagnóstico e da Triagem Sorológica do HIV.** Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2004. Acesso em: 15 mar. 2012]. Disponível em: [http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd10\\_07.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/cd10_07.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/AIDS.** Brasília: Ministério da Saúde [periódico na Internet]. 2005. Acesso em: 11 jan. 2013. Disponível em: [www.aids.gov.br/SAE](http://www.aids.gov.br/SAE).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL, **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos.** / Coordenação Nacional de DST e Aids. \_\_ 2ª ed. \_\_Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 25 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Vigilância em Saúde. Recomendações para a profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti-retroviral em gestantes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. 1ª ed. Brasília (DF); 2004.

CASTILHO, E. A. **Infecção pelo HIV durante a gestação: estudo-sentinela parturiente**. Brasil, 2002. Rev. Saúde Pública 2004; 764-772.

DESLANDES, S.F. **Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar**. Ciência e Saúde Coletiva 9 (1): 7-14, 2004

HOFFMANN, I. C. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal/por Izabel Cristina Hoffmann**. – 2008. 126f. ; 30 cm. Orientadora; Lúcia Beatriz Ressel. Dissertação (mestrado)- Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2008.

FERREIRA, F. C. **As condições que levam as mulheres soropositivas ao HIV/Aids a abrir sua privacidade de suas informações às equipes do Programa Saúde da Família**. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

FILGUEIRAS, S. L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids. In: DESALANDES, S. F.(org) **Humanização do cuidado em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Ed. Fiocruz, Rio de Janeiro, 2006,

GALVÃO J. N. **A política brasileira de distribuição e produção de medicamentos anti-retrovirais: privilégio ou um direito?**. Cad. Saúde Pública [periódico na Internet]. 2002. Acesso em: 14 fev. 2012. vol.18, n.1, pp. (213-219). Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2002000100022>. >

MARQUES. M. C.C. **A historia de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/Hiv no Brasil**. São Carlos: Rima, 2003; Maringá: EDUEM, 2003.174p.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: Tiragem: 2ª edição. 2012

MINAYO, M. C. S. 1992. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Editora Hucitec

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo, Hucitec, 2002, 189 p

OLIVEIRA, RN, TAKAHASHI, RF. **As práticas de saúde para redução da transmissão vertical do HIV em unidades de atenção básica: realidades e determinantes**. Saúde Coletiva, vol. 8, nº 54, 2011.p.234 -238. Editora Bolina. São Paulo, 2011.

PARKER, R. Introdução. In: PARKER, R. **Políticas, instituições e Aids: enfrentamento a epidemia no Brasil**. Rio de Janeiro: Abia, Jorge Zahar EDITOR, 1997.

SOUZA, Z. de et al. **Cidadania E HIV/AIDS**. Disponível em <<http://www.ubiobio.cl/cps/ponencia/doc/p10.3.htm>> Acesso em 11 de Janeiro de 2012.

TEIXEIRA, R.R.. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: **Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos (organizadores). IMS- UERJ/ABRASCO. Rio de Janeiro, 2003; pp.89-111]