

Silviane Freitas Campos

Abrem-se as Cortinas: o
revelar das estratégias de
saúde para o enfrentamento
da transmissão vertical do
Hiv em Manaus

Manaus, 2021



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS – UFAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL E
SUSTENTABILIDADE NA AMAZÔNIA - PPGSS**

**ABREM-SE AS CORTINAS: O REVELAR DAS ESTRATÉGIAS DE
SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL
DO HIV EM MANAUS**

**Manaus
2021**

SILVIANE FREITAS CAMPOS

ABREM-SE AS CORTINAS: O REVELAR DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM MANAUS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, da Universidade Federal do Amazonas, como requisito para obtenção do título de mestre em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, Linha 1: Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional. Financiadora: CAPES (24 meses)

Orientadora: Márcia Perales Mendes Silva

**Manaus
2021**

Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

C198a Campos, Silviane Freitas
Abrem-se as cortinas: o revelar das estratégias de saúde para o enfrentamento da transmissão vertical do HIV em Manaus. / Silviane Freitas Campos . 2021
152 f.: il. color; 31 cm.

Orientadora: Márcia Perales Mendes Silva
Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Política Pública de Saúde. 2. Transmissão vertical do HIV. 3. Mulher com HIV. 4. Equipe multiprofissional. I. Silva, Márcia Perales Mendes. II. Universidade Federal do Amazonas III. Título

**ABREM-SE AS CORTINAS: O REVELAR DAS ESTRATÉGIAS DE
SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL
DO HIV EM MANAUS**

FOLHA DE APROVAÇÃO



Profa. Dra. Márcia Perales Mendes Silva
Presidente da banca



Profa. Dra. Simone Eneida Baçal de Oliveira
Membro da banca



Profa. Dra. Márcia Irene Pereira Andrade
Membro da banca

Aprovada em: 29/09/2020

À minha avó Silvia, seu exemplo de vida é a minha maior lição.
À minha mãe, Eliete, a dedicação que me levou a caminhos frutíferos.
À Márcia Irene, por ser luz em meu caminho.
Ao meu esposo Manoel, a minha felicidade.

AGRADECIMENTOS

Agradecer está intimamente ligado a compreensão de que não somos e não fazemos nada sozinhos. Além disso, este momento é de reconhecimento daqueles que estiveram conosco na busca de materializar um desejo, um momento... no caminho, uns de mãos dadas, outros à distância, mas juntos, impulsionando-nos a seguir e acreditar na capacidade que no mais das vezes nos é desconhecida.

A Deus primeiramente por me transmitir sua força e sabedoria, o momento oportuno foi você quem traçou.

Ao meu Amado Manoel de Jesus da Silva Pereira, a partir de você a minha vida ganhou mais cor, mais esperança, este momento é tão seu quanto meu, meu grande impulsionador.

À minha família, em especial minha avó Silvia Freitas, minha mãe Eliete Freitas, minhas irmãs Cristiane e Fabiane Ianacone por me disponibilizarem carinho, apoio, educação. Vocês foram meu ponto de partida.

Aos meus filhos felinos e caninos e a meu grande amigo Panda, o amor em atos que vocês me oferecem acalentou-me neste processo.

À minha terapeuta Vera Cecília. A partir deste processo, exclusivamente, foste aquela que me incitou a refletir em meio a tantas incertezas, o auxílio para que eu pudesse organizar-me psicossocialmente.

Àquela que me olhou com amor e dedicação, mostrando-me um mundo de possibilidades, minha professora Dra. Márcia Irene Andrade. És meu impulsionamento de sempre, a quem me direciono e encontro esperança. Minha base profissional e intelectual.

À minha orientadora, Dra. Márcia Perales, exemplo de educadora, humanamente incrível, compreendeu-me em um momento tão difícil, apoiou-me, deu-me liberdade, respeitou-me, optou por mim inúmeras vezes, deu-me a direção neste estudo e para além me possibilitou compreender que mesmo chegando a posições diferenciadas, não podemos e nem devemos perder nossa essência. És um grande exemplo para mim.

À Dra. Ivamar Moreira, um presente de sensatez e inteligência em minha vida, este objeto de estudo é parte de você, agradeço sempre por compartilhá-lo comigo.

À Dra. Hellen Bastos, por compartilhar comigo o caminho e as angústias e alegrias do ser pesquisador. Obrigada por sua amizade.

À Sabrina Chagas, Luanda Moura, Daniele Marques por acreditarem em meu potencial.

Aos meus companheiros da Residência Multiprofissional do Getúlio Vargas.

Ao PPGSS, aos professores e discentes que possibilitaram compartilhar, através das disciplinas e discussões, a maturação deste estudo. Yoshiko Sasaki, Hamida Assunção, Roberta Andrade, Simone Eneida, Lidiany Cavalcante, Débora Bandeira, Lucilene Melo, Socorro Chaves, Cristiane Bonfim, Marinez Nogueira, vocês são parte da minha história acadêmica na UFAM e contribuíram substancialmente com minha caminhada até aqui.

À Capes pelo fomento financeiro a este estudo, como também a busca de qualificar o programa do qual faço parte.

À Secretaria Municipal de Saúde por possibilitar que a pesquisa se desenvolvesse nos equipamentos de saúde sob sua responsabilidade.

Aos profissionais de saúde do SAE Antônio Reis e das Unidades Básica de Saúde que se dispuseram a participar desta pesquisa.

Às minhas amigas Kelly Borges e Tereza Raquel pelos momentos de descontração, fraternidade e angústias, vocês foram pontos de acalento nesse processo de mestrado.

Aos meus companheiros de trabalho do Programa Melhor em Casa e da Maternidade Balbina Mestrinho, em distintos momentos me apoiaram, compreenderam que o tempo era condicionante para este estudo se materializar e buscaram adequar a rotina de trabalho, por um momento, a minha realidade.

Aos demais que contribuíram com este momento, agradeço imensamente.

Meu estado de espírito sintetiza estes dois sentimentos e os supera: sou “pessimista” com a inteligência, mas otimista pela “vontade”. Em cada circunstância, penso nas hipóteses piores para colocar em movimento todas as reservas da vontade e estar capacitado a superar o obstáculo. Nunca alimentei ilusões e nunca tive desilusões. Armei-me especialmente com uma paciência ilimitada, não passiva, inerte, mas ainda animada de perseverança.

Antônio Gramsci

LISTA DE SIGLAS

3TC	Lamivudina
Abrasco	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
Cebes	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CER	Centro Especializado de Reabilitação
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR/MEARN/AM	Comissão Intergestores Regional Manaus, Entorno e Alto Rio Negro
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CNS	Conselho Nacional de Saúde
Conasems	Conselho Nacional de Secretarias municipais de Saúde
Cosems	Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CV	Carga Viral
DST	Doença Sexualmente Transmissíveis
EAS	Estabelecimentos Assistenciais de Saúde
ENSP/Fiocruz	Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IB	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
GE	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INAMPS	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
IPCA	Infecções sexualmente transmissíveis
IST	Inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo
ITRNN	Inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo
MARE	Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MS	Ministério da Saúde
NVP	Nevirapina
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONG	Organização não governamental
AHF	AIDS Healthcare Foundation
PAB	Piso de Atenção Básica
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PDR	Plano Diretor de Regionalização
PDRAE	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PND	Programa Nacional de Desestatização
PPI	Programação Pactuada e Integrada
PrEP	Profilaxia pré-exposição
PVHA	Pessoa que vive com HIV
RAL	Raltegravir
Raps	Raps Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAE	Serviços de Atenção Especializada
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCNES	Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
SEMSA	Secretaria Municipal de Saúde de Manaus
SINAM	Sistema de Informação de Atendimento Médico
SUS	Organização Mundial de Saúde
TARV	Terapia antirretroviral

TCLE Termo de Consentimento Livre Esclarecido
TDF Tenofovir
TRIPS Trade-RelatedAspectsofIntellectualPropertyRights
TV Transmissão Vertical
UBS Unidade Básica de Saúde
UDM Unidade de Dispensação de Medicamentos
UNAIDS Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids

LISTA DE QUADROS

Quadro 1:O caminho da resposta brasileira a epidemia do HIV e da epidemia de AIDS: entre avanços, desafios e perspectivas.....	28
Quadro 2:Componentes e suas respectivas estratégias e diretrizes frente ao incremento dos índices em mulheres.	42
Quadro 3: As principais Recomendações e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que englobam a saúde da mulher que vivem com HIV.....	47
Quadro 4: Normativas editadas sobre o processo de descentralização na Saúde	64
Quadro 5: Distritos de Saúde de Manaus e suas caracterizações básicas.....	67
Quadro 6: Relação do grau de escolaridade com a raça – Gestante HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019	70
Quadro 7: Relação da idade gestacional e realização do pré-natal – Gestantes HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019.....	72
Quadro 8: Relação da via de parto e profilaxia antirretroviral durante o parto – Gestantes HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019.....	73
Quadro 9: Relação de evolução da gravidez com a profilaxia antirretroviral na criança – Gestantes HIV e Criança exposta/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019.....	74
Quadro 10: Identificação dos equipamentos de saúde – Unidades Básicas de Saúde - UBS...	91
Quadro 11: Caracterização das Gestantes HIV- SAE/UBSs/2019	92
Quadro 12: Identificação dos profissionais de saúde SAE e UBSs.....	93
Quadro 13: Caracterização das Gestantes HIV- SAE/UBSs/2019	97
Quadro 14: Registros dos prontuários das gestantes HIV – UBS/2019	99
Quadro 15: Registros dos prontuários das gestantes HIV – SAE/2019	103
Quadro 16: Indicadores e metas a serem alcançadas pelos municípios brasileiros para a certificação de eliminação da TV do HIV.	110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Faixa etária – Gestante HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/ 2017-2019	69
Gráfico 2: Relação do ano de diagnóstico para o HIV e em que momento se deu a evidência laboratorial de soro positividade para o vírus – Gestante HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019	71

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha de Cuidado Gestante - Prevenção da Transmissão Vertical do HIV	55
Figura 2: Pontos de atenção à mulher com HIV e gestante com HIV/ SEMSA.	81

RESUMO

Manaus tem apresentado nos últimos 3 anos um total de 530 notificações de gestante HIV e neste mesmo período registrou 32 casos de AIDS em menores de 5 anos. O cenário exige medidas programáticas de saúde pública efetivas, principalmente na atenção básica, que se direcionem pelo cuidado compartilhado a estas mulheres com HIV na gestação, parto e puerpério. Diante disso, este estudo analisou as estratégias implementadas na rede de atenção de saúde municipal como resposta à transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus. Para tanto, mapeou os serviços disponíveis na rede municipal de atenção à saúde para a gestante HIV; Identificar convergências e divergências entre o percurso instituído e o real caminho percorrido pelas gestantes HIV na busca de assistência à saúde; e traçou o perfil socioepidemiológico das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE sob gestão municipal no Distrito Sul. O percurso metodológico compreendeu os seguintes lócus e sujeitos: o Serviço de Atenção especializada em HIV da Policlínica Antônio Reis – SAE e as Unidades Básicas de Saúde - UBSs do Distrito Sul de saúde, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde-SEMSA, e seus respectivos profissionais que acompanharam gestantes HIV em 2019. As gestantes HIV identificadas através dos registros do SAE em 2019 totalizaram 08 (oito) mulheres, a partir daí identificou-se os prontuários das mesmas e somente 07(sete) delas dispunham de referência de UBSs que compartilharam o cuidado. Ao todo foram entrevistados 08 (oito) profissionais de saúde, conforme os critérios de inclusão e exclusão, sendo 04 (quatro) profissionais do SAE e 04 (quatro) profissionais de UBSs. A pesquisa de campo iniciou em janeiro de 2020 e findou em março deste ano. Além das entrevistas foram realizadas análises documentais das evoluções dos prontuários das gestantes HIV referentes ao período da gestação nos equipamentos supracitados e dos indicadores do Banco de dados do SINAN local, do período de 2017, 2018 e 2019. Este traçado revelou que o pré-natal tem se iniciado tardiamente e conseqüentemente o acompanhamento da condição HIV também. As gestantes têm enfrentado dificuldades no acesso efetivo a exames, principalmente ao de genotipagem. O acompanhamento destas mulheres se dá predominantemente pela figura do médico e da enfermagem, assim como os registros apresentam-se sem muito detalhamento, as fichas de notificações em sua maioria não apresentam qualidade nas informações registradas, o que revela a fragilidade da equipe multiprofissional. A vinculação à maternidade, assim como a busca ativa, são estratégias enfraquecidas e não delineadas. Pontos como a responsabilidade na indicação de via de parto, orientação sobre a não amamentação e a disponibilização da fórmula láctea, não estão bem definidos, apesar de haver nos protocolos e legislações esses direcionamentos. O apoio familiar é crucial na adesão e acompanhamento desta gestante HIV. Os serviços existem no âmbito da SEMSA, porém com recursos humanos limitados. Em suma, é imperativo a qualificação da equipe multiprofissional, pois os gargalos identificados, no tocante a materialização das estratégias de enfrentamento à transmissão vertical, exigem o uso das tecnologias leves e leve duras. Fomentar momentos de trocas de experiências e construções profissionais coletivas é uma possibilidade frente aos problemas identificados.

Palavras – chave: Política Pública de Saúde. Transmissão Vertical do HIV. Mulher com HIV. Equipe Multiprofissional.

ABSTRACT

Manaus has presented in the last 3 years a total of 530 notifications of HIV pregnant women and in the same period registered 32 cases of AIDS in children under 5 years old. The scenario requires programmatic measures of quality public health, especially in primary care, which are directed towards shared care for these women with HIV during pregnancy, childbirth and the puerperium. Therefore, this study analyzed the strategies implemented in the municipal health care network in response to vertical transmission of HIV in the Southern Health District in Manaus. For that, it mapped the services available in the municipal health care network for HIV pregnant women; Identify convergences and divergences between the instituted path and the real path taken by HIV pregnant women in search of health care; and outlined the socio-epidemiological profile of HIV pregnant women monitored by the SAE under municipal management in the Southern District. The methodological course comprised the following locus and subjects: the HIV Specialized Care Service of the Antônio Reis Polyclinic - SAE and the Basic Health Units - UBSs of the Southern Health District, within the scope of the Municipal Health Secretariat-SEMSA, and their respective professionals who followed HIV pregnant women in 2019. The HIV pregnant women identified through the SAE records in 2019 totaled 08 (eight) women, from there it was identified their medical records and only 07 (seven) of them had referral from UBSs that shared the care. In all, 08 (eight) health professionals were interviewed, according to the inclusion and exclusion criteria, being 04 (four) professionals from the SAE and 04 (four) professionals from UBSs. The field research started in January 2020 and ended in March this year. In addition to the interviews, documentary analyzes of the evolution of the records of HIV pregnant women regarding the period of pregnancy in the aforementioned equipment and indicators from the local SINAN Database, from the period 2017, 2018 and 2019, were carried out. This layout revealed that prenatal care it has started late and consequently the monitoring of the HIV condition as well. Pregnant women have faced difficulties in effective access to exams, especially genotyping. The monitoring of these women occurs predominantly by the figure of the doctor and nursing, just as the records are presented without much detail, the notification forms in most cases do not have quality in the recorded information, which reveals the fragility of the multidisciplinary team. The link to motherhood, as well as the active search, are weak and not outlined strategies. Points such as responsibility for the indication of the mode of delivery, guidance on not breastfeeding and the availability of the milk formula, are not well defined, although there are guidelines in these protocols and legislation. Family support is crucial for adherence and monitoring of this HIV pregnant woman. The services exist within the scope of SEMSA, but with limited human resources. In short, it is imperative to qualify the multiprofessional team, as the bottlenecks identified with regard to the effective materialization of coping strategies for vertical transmission require the use of light and light hard technologies. Fostering moments of exchange of experiences and collective professional construction is a possibility in view of the problems identified.

Keywords: Public Health Policy. Vertical Transmission of HIV. Woman with HIV. Multiprofessional team.

SUMÁRIO

Introdução.....	15
CAPÍTULO I – A POLÍTICA DE SAÚDE E A RESPOSTA AO HIV: DA CONSTRUÇÃO DA EPIDEMIA À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV.....	20
1.1 A saúde na Constituição Federal de 1988: um direito das pessoas que vivem com HIV e a AIDS.....	20
1.2 O HIV e a AIDS no contexto de desigualdade social na sociedade contemporânea.....	30
1.3 Sou Cidadã Positiva: avanços e perspectivas programáticas da política pública de saúde à mulher que vive com HIV.....	39
CAPÍTULO II – GESTAR COM HIV: O ENFRENTAMENTO À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....	51
2.1 As Redes de Atenção à Saúde: uma estratégia de garantia do direito à saúde à gestante com HIV por meio da Atenção Primária.....	51
2.2 A cobertura da atenção à saúde no âmbito da SEMSA: elementos para problematizar o cuidado em saúde à gestante HIV.....	63
2.3 Consolidando as Redes de Atenção à saúde em Manaus: um olhar crítico sobre as linhas de cuidado à gestante com HIV.....	75
CAPÍTULO III – A ASSISTÊNCIA À SAÚDE À GESTANTE HIV: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE SAÚDE SUL DE MANAUS.....	86
3.1 Desafiando o estudo: os elementos constitutivos da investigação.....	86
3.2 Entre o preconizado e o instituído: problematizando os elementos identificados nos prontuários das gestantes HIV no SAE e nas Unidades Básicas de Saúde.....	96
3.3 A que passo estamos da eliminação da transmissão vertical do HIV em Manaus?: considerações a partir das verbalizações dos profissionais de saúde do Distrito Sul.....	109
Considerações Finais.....	120
Referências.....	127
Apêndices.....	137
Anexos.....	146

Introdução

No contexto da tão complexa e desigual sociedade brasileira, permeada por processos de negação ao acesso aos direitos fundamentais, o direito à saúde, não exercido, corrobora com os inúmeros percalços ao enfrentamento do HIV e da Aids e, conseqüentemente, à sua transmissão por via vertical. Isso se agudiza a partir do entendimento de que a crise estrutural do capital em tempos hodiernos traz implicações profundas e difusas à classe trabalhadora, redefinindo a função social do Estado sob as diretrizes ideológicas do denominado neoliberalismo.

Estima-se que no mundo, somente no ano de 2018, o número de indivíduos que vivem com HIV corresponde a 37,9 milhões, sendo 36,2 milhões de adultos e 1,7 milhão de crianças (menos de 15 anos). Todas as semanas, cerca de 6.000 mulheres jovens entre 15 e 24 anos são infectadas pelo HIV (UNAIDS, 2019). No Brasil, o número de indivíduos que vivem com HIV, no fragmento temporal de 2007 a 2018, ultrapassa os 300.000 casos, e os casos de AIDS estão acima das 900.000 notificações, se compreendido o período de 1980 a junho de 2019 (BRASIL, 2019).

O panorama epidemiológico verificado encontra-se em uma totalidade emaranhada de processos que impõem maior vulnerabilidade aos brasileiros em contrair o HIV, e em algum momento, caso não haja o devido acesso aos serviços e ações de saúde, desenvolver a doença Aids. Sendo assim, compreender os meandros da epidemia exige analisar como se materializam as medidas programáticas de saúde no país para cada segmento afetado por ela. Contudo, o fragmento desta realidade que também incita um desvelamento é o referente aos casos de transmissão vertical do HIV, pois atrelado a este dado tem-se também o incremento dos índices de gestante HIV. Nesta direção é necessário um olhar acurado a estas mulheres no caminho do acesso à saúde de qualidade, nas diretrizes do cuidado compartilhado, que além de lidar com as particularidades da gestação, vivenciam a condição HIV somados os sentimentos que envolvem a exposição da criança, a qual pode vir ou não a viver com o vírus.

O acesso à saúde desta gestante HIV apresenta nuances em cada território deste país. Em se tratando da especificidade geográfica da região norte, mais precisamente do Amazonas, receber um diagnóstico de HIV em plena gestação pode se configurar para muitas um desafio. O acesso ao pré-natal, o acompanhamento da condição HIV e posterior acompanhamento da criança exposta nem sempre se dá de forma facilitada. Sabe-se que a grande maioria dos municípios do Estado apresentam apenas serviços de atenção primária à saúde. Poucas exceções na prestação de serviços de saúde de média complexidade podem ser identificadas

em alguns municípios estratégicos ou de referência para as regiões de saúde do Amazonas (SILVA, 2018).

O estado é constituído por 62 municípios, mas o número de notificações refere-se majoritariamente à capital do estado, a cidade de Manaus. Isso pode ser compreendido pela dinâmica da organização do SUS no estado e o movimento que os usuários realizam para ter acesso ao diagnóstico, expressivamente estes sujeitos se dirigem a capital para atendimento nos serviços de saúde.

Aposta-se na Atenção Primária, seus serviços e recursos humanos, como estratégias para minorar, quiçá erradicar, os índices de transmissão vertical no país. Neste ponto de atenção se desenvolve no pré-natal e, dependendo do município, o acompanhamento específico ao HIV. Em Manaus, através da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA a mulher com HIV, em seu momento de gestar, tem o aporte das Unidades Básicas de Saúde para realização do pré-natal, o acompanhamento da condição HIV pelo Serviço de Atenção Especializada – SAE e o parto pela maternidade de referência.

Mesmo com este aparato, verifica-se, na capital, altas taxas de detecção de casos novos de Aids e elevados índices de óbito por causas relacionadas à retrovírose (SILVA, 2018). Em tal cenário, a transmissão vertical do HIV constitui uma das faces da epidemia e um fragmento da questão social que, de forma mais ampla, tem suas raízes fincadas na vulnerabilidade – individual, social e programática – que perpassa o enfrentamento da questão.

O avanço da epidemia entre a população feminina, as dificuldades que essa população enfrenta no acesso à saúde e no exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos materializam-se em dados preocupantes de mortalidade materno infantil, muitas vezes relacionados a não realização ou a fragilidades no pré-natal, ao diagnóstico tardio de agravos - como o HIV - que precocemente assistidos reduzem os riscos da transmissão vertical.

O cenário apresentando foi suficiente para que se delimitasse como *locus* de pesquisa a Secretaria Municipal de Saúde e os equipamentos do Distrito de Saúde Sul. Este distrito possui sob sua responsabilidade administrativa 65 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS, comportando o maior número de Unidades Básicas de Saúde – UBS, 58 equipamentos, se comparado aos demais distritos (SEMSA, 2018), o que remete a uma maior cobertura da atenção primária e uma garantia efetiva à gestante HIV aos diversos serviços de saúde neste espaço, corroborando com o enfrentamento à TV do HIV.

Desvelar tal proposição incitou a pesquisadora a delinear os seguintes objetivos: Analisar as estratégias implementadas na rede de atenção de saúde municipal como resposta à

transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus; Mapear os serviços disponíveis na rede municipal de atenção à saúde para a gestante HIV; Identificar convergências e divergências entre o percurso instituído e o real caminho percorrido pelas gestantes HIV na busca de assistência à saúde e; Traçar o perfil socioepidemiológico das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE sob gestão municipal no Distrito Sul.

Tal definição basilar a discussão teórica e a análise de dados, as quais possibilitaram a arquitetura deste estudo em três capítulos: **1. A POLÍTICA DE SAÚDE E A RESPOSTA AO HIV: da construção da epidemia à efetivação dos direitos das pessoas que vivem com HIV;** **2. GESTAR COM HIV: o enfrentamento à transmissão vertical do HIV na atenção primária;** **3. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE À GESTANTE HIV: considerações a partir das vivências dos profissionais nos equipamentos de saúde de referência no Distrito de Saúde Sul de Manaus.**

O primeiro capítulo traz a discussão da política de saúde brasileira, a partir da Constituição Cidadã, situando os avanços e retrocessos a este direito nos governos republicanos até então, assim como os reflexos nas ações programáticas frente a epidemia de HIV e a Aids. Sinaliza, ainda, a questão do HIV e a transmissão vertical do vírus na esteira da desigualdade social nos delineamentos específicos brasileiros, e ainda como expressão da questão social. Colocado estes elementos de discussão e reflexão, denota-se as ações programáticas de saúde da mulher, pois se compreende que a gestação é apenas um momento na vida da mulher com HIV e esta deve ser compreendida e assistida em sua totalidade. Sendo assim, problematizou-se como a política pública de saúde brasileira se materializa através da oferta de serviços e ações a este público, levando em conta inúmeras especificidades do ser mulher em um país excludente, onde persistem traços da herança patriarcal.

O segundo capítulo discorre sobre a possibilidade de consolidar as Redes de Atenção à Saúde - RAS, com vistas a minorar os gargalos existentes que impedem a consolidação do SUS em seus princípios basilares, e por conseguinte a materialização do direito à saúde a inúmeros brasileiros. A construção de Linhas de Cuidado, elemento inerente das RAS, visam traçar o itinerário eficaz da gestante HIV no acesso ao cuidado compartilhado, nas ações e serviços que ela venha a necessitar, com vistas a proteger o nascituro, de contrair o vírus seja na gestação, no parto ou no puerpério. Compreender isto em um plano local é o ponto fulcral do capítulo. Com vistas a isso, demonstra-se como se encontra a atenção à saúde no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, verticalizando essa análise para à assistência à gestante HIV, através da problematização dos dados disponibilizados pelo banco de notificações do SINAM local. Apontados estes elementos secundários, parte-se para as considerações sobre os

traçados de cuidado que versam sobre a prevenção à TV do HIV. Neste ponto da análise apresentam-se algumas falas dos pesquisados, as quais denotam elementos que permitem inferir se o cuidado compartilhado está inscrito em uma linha de cuidado pactuada e se ele se apresenta eficaz no tocante à assistência de qualidade ao binômio (mãe e bebê).

O terceiro capítulo é direcionado pelo traçado metodológico do estudo, momento no qual a pesquisadora reflete como se configuraram as etapas do estudo, revelando mais a fundo os sujeitos da pesquisa, os espaços onde se deu a pesquisa de campo. Além disso, a problematização no tocante à assistência à gestante HIV foi inerente, os achados nos prontuários e as falas dos profissionais de saúde, mesmo que de um fragmento da realidade, permitiram compreender quais são as estratégias de enfrentamento na atenção primária, como elas se materializam e a que passo a cidade de Manaus está da certificação de erradicação da transmissão vertical do HIV.

Para tanto, a concretização deste estudo, conforme veremos a seguir, é provisório, dinâmico, não contendo a totalidade da vida social, mas uma síntese de múltiplas determinações e, por conseguinte, gerador de novas interpretações e desdobramentos ulteriores.

Capítulo 1

A política de saúde e a resposta ao Hiv: Da construção da epidemia à efetivação dos direitos das pessoas que vivem com Hiv

CAPÍTULO I – A POLÍTICA DE SAÚDE E A RESPOSTA AO HIV: DA CONSTRUÇÃO DA EPIDEMIA À EFETIVAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV.

A construção da política de saúde no Brasil, particularmente o Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas dirigidas à saúde das mulheres, assim como as políticas públicas de controle da AIDS, acontecem no palco das décadas de 1980 e de 1990, época de democratização e de uma crescente mobilização da sociedade civil por ampliação de direitos.

Solange Rocha, Ana Vieira e Jorge Lyra, (2013).

Discorrer acerca da Política de Saúde no Brasil remonta necessariamente ao período anterior ao Sistema Único de Saúde – SUS e depois do SUS. Dessa feita, iremos nos debruçar acerca do que diz o texto constitucional de 1988 sobre o direito a saúde em especial as medidas de políticas públicas direcionadas às pessoas que vivem com HIV¹ e a AIDS², para, em seguida, analisar verticalmente a questão da mulher que vive com HIV.

Ao entrar no universo feminino, inexoravelmente, se irá ao encontro do desvelar da desigualdade seja ela econômica, política, de cor ou de gênero que redundará na questão da vulnerabilidade, conforme argumenta Rocha, *et al* (2013, p.122) *a vulnerabilidade das mulheres à infecção do HIV, em que pesem determinações biológicas, agrava-se em situações de desigualdade de gênero, quando as negociações para a prevenção tornam-se mais difíceis.*

Esgotadas as reflexões no contexto das inúmeras expressões da questão social que se refletem nessa temática, debruçamo-nos sobre os avanços e perspectivas programáticas da política pública de saúde em relação a essas mulheres, como forma de pontuarmos que a defesa dos direitos conquistados nos marcos da sociabilidade burguesa requer conhecimento, vigilância e luta para que os avanços na esfera da saúde pública não retroajam e sua ampliação esteja na agenda pública e política na atualidade.

1.1 A saúde na Constituição Federal de 1988: um direito das pessoas que vivem com HIV e a AIDS.

Nos finais da década de 1980, precisamente a partir do movimento que culminou na Assembleia Constituinte, instaura-se no país, afeito a processos autoritários, pressupostos democráticos. Conforme Machado (2009), a partir dos conteúdos presentes na Constituição Federal de 1988, passou-se à existência de direitos constitucionais que expressam bem-estar

¹ vírus da imunodeficiência humana.

² Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

social, como por exemplo, a saúde, que deve ser apreendida como um direito social fundamental de caráter universal e que diz respeito à preservação da vida e à dignidade humana, cuja garantia se expressa como requisito fundamental ao alcance da justiça social.

Com o advento da Constituição de 1988 e, posteriormente, com a promulgação das Leis Orgânicas da Saúde, em 1990, o direito à saúde passa a ser vislumbrado de forma universal, equânime e integral, cabendo ao Estado, a quem foi confiado a efetivação dos direitos sociais, a obrigação de garantir este direito. O bem social saúde torna-se, concomitantemente, direito à cidadania e sua exigência de salvaguarda e efetivação constitui-se em exercício legítimo de participação político-social.

Assim sendo, a saúde não pode ser compreendida apenas como ausência de doenças ou afetações somáticas. O conceito definido pelos organismos internacionais abrange a totalidade das dimensões do ser humano. Conforme a Organização Mundial de Saúde - OMS, *saúde é o completo estado de bem-estar físico, mental e social*. Como direito dos povos, a saúde passa ser um bem e nenhum Estado pode eximir-se de oferecer aos cidadãos, não apenas de modo restritivo – combate às doenças –, mas de modo amplo e abrangente. Desse modo, pelo princípio da subsidiariedade, pelo qual o ente mais poderoso se obriga a proteger, promover e efetivar os direitos, o direito à saúde torna-se, por assim dizer, *conditio sine qua non* do acesso a todos os direitos, de tal modo que negar o acesso à saúde é negar ao sujeito o direito de proteger a própria vida.

Nesta direção, os serviços e ações oferecidos pelo Sistema Único de Saúde, com vistas a garantir a cidadania, devem materializar o direito à saúde positivado nos marcos legais supracitados. Este sistema vem sendo implantado como um processo social em permanente construção, sendo concebido através de uma

(...) grande luta pela democratização da saúde no Brasil, buscando a ampliação da organização popular, a universalização do acesso e o reconhecimento da saúde como direito universal do ser humano. Assim, a criação do SUS abre perspectivas para apoiar ações que possam remeter à questão social, prevendo a participação popular na gestão pública, seja ou não por via institucional, prevalecendo, a vontade da população sobre aquela de qualquer indivíduo ou grupo (MARTINS, 2011, p. 1934).

Porém, ao mesmo passo, não há como desconectar a consolidação do SUS de uma arena adversa que engloba as exigências de organismos internacionais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, direcionando o enxugamento máximo da máquina estatal e de sua atribuição como financiador de políticas públicas, além do quadro sanitário e a

capacidade instalada dos municípios e estados, o que sinaliza para um fosso abissal entre o prescrito e o efetivo.

Mas não se pode desconsiderar que o SUS, em seus 30 anos de existência, alcançou expressivos avanços, tornando-se imprescindível à vida dos cidadãos brasileiros (DUARTE *et al.*, 2018), haja vista que 80% da população depende dos serviços de saúde públicos (IBGE, 2016). Este quantitativo pode vir a apresentar um incremento, uma vez que se verifica na arena brasileira uma crise econômica e política que corrobora para um aumento no índice de desempregados. A população que antes poderia ter acesso a planos de saúde privados, se depara sem o meio de custeá-los, ou por não possuírem, mais a renda que abarcava este gasto, devido ao desemprego, ou pelo aumento nos preços que estes planos apresentam a cada ano, conforme o seguimento de idade do indivíduo.

Ora, o SUS é responsável por prover acesso das parcelas mais vulneráveis da população às ações e serviços de saúde, caracterizando-se como promotor de equidade (OCKÉ-REIS, 2012). Neste sentido, um dos avanços expressivos registrados na história deste sistema é a criação de estratégias para o enfrentamento da epidemia de HIV no país. A garantia do acesso universal aos medicamentos antirretrovirais tem contribuído para a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV e redução da morbidade e mortalidade relacionada à doença AIDS (BONOLO, *et al.*, 2007).

A resposta brasileira à epidemia de HIV e à epidemia de AIDS é um produto do SUS e Greco (2016, p. 1554) expõe os avanços neste campo, ao sustentar que:

O Brasil, de modo inusitado, se compararmos a outros programas de controle de doenças, enfrentou e continua enfrentando a AIDS de frente, na defesa intransigente dos direitos humanos, com produção local e distribuição de preservativos e antirretrovirais (ARV), com a implantação de rede pública de laboratórios e de serviços para cuidar das PVHA e com financiamento para pesquisas.

Para fins de entendimento a partir de um recorte cronológico, sem, contudo, ser estanque, e sim como forma didática de nortear os momentos, sempre constituídos pelos saltos que os sujeitos fazem ao construir a história afirmamos que este enfrentamento tem seus primeiros delineamentos em 1983, com a criação do primeiro programa de controle da AIDS no Brasil, o Programa da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. Há de se colocar que o primeiro caso de AIDS no Brasil foi notificado em 1982, na região sudeste do país, um ano antes da criação do programa supracitado (CEZAR & DRAGANOV, 2014).

Por conseguinte, em 1985, coube ao Ministério da Saúde a organização institucional das atividades de controle e prevenção da AIDS e, por meio da portaria nº 236 de 2 de maio,

estabeleceu as diretrizes para *Programa de Controle da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, SIDA ou AIDS*. Neste corte temporal os índices de casos notificados de HIV e de AIDS atingiam patamares significativos, exigindo uma resposta efetiva da política de saúde pública brasileira (CEZAR & DRAGANOV, 2014).

Do exposto, Souza *et al* (2010, p. 04) revelam que

Em 1985, quando centenas de casos de AIDS já tinham sido detectados no Brasil, o Ministério da Saúde finalmente veio a público reconhecer a gravidade do problema para a saúde pública brasileira. No dia 2 de maio daquele mesmo ano, através da portaria 236, o ministro da Saúde criou o Programa Nacional da AIDS e estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de saúde pública.

Como problema emergente de saúde pública, a AIDS em 1986 passa a ser considerada como uma doença de notificação compulsória, através da Portaria Ministerial nº 542/86. Ao integrar o quadro de doenças de notificação compulsória impõe aos serviços de saúde a obrigatoriedade do registro dos casos de AIDS e informação deles às autoridades sanitárias, uma vez que a doença poderia colocar em risco a saúde das coletividades. Além disso, possibilitou verificar as características que a epidemia vinha adquirindo, sua distribuição nos territórios brasileiros e suas tendências (TEIXEIRA, 1998).

O campo sociopolítico do período de redemocratização do país, com presença forte dos movimentos sociais na busca pela garantia de direitos contribuiu para a criação em 1988 do Programa Nacional da AIDS, no âmbito do Ministério da Saúde. Aqui é relevante destacar a atuação das organizações não-governamentais no processo de gestação da resposta brasileira frente a epidemia de AIDS. Estas desempenharam um importante papel para o desenvolvimento das políticas de prevenção e assistência que estruturam o Programa Nacional da AIDS (MONTEIRO & VILLELA, 2009).

Os passos à frente no combate à epidemia se viram freados no início da década de 1990. A *era Collor* (1990-1992) iniciara, e com ela um desastre político e social obscurecia toda a proposta de um SUS público e universal e a gestação e implementação das ações de combate à epidemia. Marques (2002) aponta que, especificamente, em relação à AIDS, a gerência de saúde pública nesta agenda executou estratégias marcadas pela incongruência e voluntarismo, atingindo o Programa Nacional e sua evolução.

Cabe aqui destacar que se espalhava no Brasil o projeto de cunho neoliberal, delineando o Programa Nacional de Desestatização – PND, da Medida Provisória nº 155, de 15 de março de 1990, instituída pelo então Presidente da República Fernando Collor de Melo

no mesmo dia de sua posse. Tal documento propunha, dentre outros objetivos, reordenar a posição estratégica do Estado na economia, transferindo à iniciativa privada atividades indevidamente exploradas pelo setor público e permitir a retomada de investimentos nas empresas e atividades que viessem a ser transferidas à iniciativa privada (VIOLA, [data desconhecida]).

Neste marco temporal, a distribuição gratuita da medicação necessária a pessoa que vive com HIV e pacientes de AIDS foi autorizada pelo governo federal, porém a regulamentação só seria alcançada em 1996, com a Lei 9.313/96 (MARQUES, 2002). Após o declínio de Collor, era mister a reorganização do aparato estatal, incluindo o Programa Nacional de DST/AIDS e a rearticulação interna com os estados, ongs e organismos internacionais como o Banco Mundial.

Os acordos internacionais, principalmente os firmados a partir de 1993 com o Banco Mundial, passaram a fomentar em grande parte as ações programáticas referentes ao enfrentamento do HIV. Porém, não se poderia fantasiar que uma instituição financeira internacional não imporia seus ditames mercadológicos como condição para tais financiamentos, como aponta Galvão (2000, p.137): *a noção de “investimento em saúde” aponta para as estratégias e agenda do Banco Mundial, que é a própria reforma do sistema de saúde como um todo e engloba um tripé que conta com o setor público, as organizações não governamentais e o setor privado, for-profit*³.

Galvão (2000) explícita ainda que em documentos publicados pelo Banco Mundial, os quais versam sobre a temática da AIDS, fica claro o descompromisso da entidade com a sobrevivência das pessoas que vivem com HIV ao conceber a AIDS como uma doença mortal, para a qual garantir o tratamento é oneroso. No relatório do Banco Mundial, lançado em 1993, intitulado *No World Development Report 1993: investing in Health*, indica-se que os recursos provenientes do empréstimo não poderiam ser direcionados para o fomento dos medicamentos utilizados no tratamento das pessoas com HIV e aquelas que manifestaram a AIDS.

Tais investimentos, que ganharam destaque no governo de Itamar Franco (1993-1994), não podem ser apartados de um contexto que aprofundou as medidas iniciadas no governo Collor, pelo viés da abertura econômica e financeira e a privatização de empresas e serviços públicos (LIMA, 2010). No ano de 1994, a criação e implementação dos serviços de

³ O Brasil tem também um complexo sistema de serviços de saúde, composto de três subsetores que, como descritos por Paim *et al.* [1] são: (1) o Sistema Único de Saúde-SUS, visando a garantia do acesso integral e universal a saúde no qual serviços são financiados e providos pelo Estado, a nível federal, estadual e municipal; (2) o subsetor privado (for-profit e non-profit), no qual serviços são financiados de várias formas com recursos públicos e privados; (3) O subsetor de seguro de saúde com diferentes formas de planos de saúde (Academia Brasileira de Ciências, 2019).

assistência especializada em HIV, por meio do Ministério da Saúde, com os recursos destinados à Coordenação Nacional de DST/AIDS, visando oferecer ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas com HIV ou AIDS, foi um ganho substancial no enfrentamento à epidemia no país (ABRÃO, *et al*, 2014).

O governo que se sucedeu, de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002), consolidou as propostas já iniciadas nos dois governos anteriores. O direcionamento adotado mesclou os ideais do neoliberalismo⁴ com os da Terceira Via⁵. Cabe ressaltar que as reformas propostas no Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), de 1995, elaborado pelo Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), versavam principalmente no redirecionamento das funções do Estado (SILVA, 2005).

No plano supracitado, cabia ao Estado exclusivamente os serviços de seguridade social básica, o que não abarcava os serviços mais complexos como os ofertados em hospitais (SILVA, 2005). Este reordenamento insere o SUS e seus serviços em um processo de sucateamento, onde a iniciativa privada ganhara um espaço que ultrapassa a complementaridade expressa em suas leis orgânicas.

Mesmo diante deste reordenamento o país avançou ao manter e aperfeiçoar a assistência e tratamento às pessoas que vivem com HIV e para aquelas que manifestaram a AIDS (SILVA, 2018). Com a criação da Política Nacional de DST/AIDS, em 1999, buscou-se sistematizar neste período as diretrizes que norteiam as ações do Programa Nacional de DST/AIDS no âmbito da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1999).

Tais ações visavam naquele momento reduzir a incidência de infecção pelo HIV e por outras Infecções sexualmente transmissíveis - ISTs⁶, ampliar tanto o acesso ao diagnóstico e ao tratamento, como também a assistência, no intuito de melhorar sua qualidade e fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DSTs e da AIDS (BRASIL, 1999).

⁴ Em síntese, o neoliberalismo consiste na tese segundo a qual o mercado é o principal mecanismo de regulação social. Desta forma retira-se do Estado as responsabilidades que antes eram atribuídas, ou seja, o que se vê é um Estado máximo para o capital e mínimo para a classe trabalhadora (NETTO & BRAZ, 2006).

⁵ Afirmado-se para além da esquerda (ou welfare state) e da direita (ou neoliberalismo ortodoxo), a Terceira Via, sistematizada por Anthony Giddens, tem como proposta central “radicalizar a democracia” por meio da construção de uma sociedade civil “ativa” (parceira do Estado na execução das políticas sociais) e da concertação social (colaboração entre os diferentes grupos sociais em prol da equidade) (LIMA, 2010 p. 287).

⁶ A terminologia Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) passou a ser adotada em substituição à expressão Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), porque destaca a possibilidade de uma pessoa ter e transmitir uma infecção, mesmo sem sinais e sintomas (BRASIL, 2018).

Para tanto, buscou-se implantar em nível ambulatorial ações de assistência, prevenção e tratamento nos ambulatórios gerais ou de especialidades, ambulatórios de hospitais, unidades básicas de saúde, postos de saúde, policlínicas e serviços de assistência especializados-SAE em DSTs e HIV e em AIDS (BRASIL, 2012). No que se refere à assistência convencional, a portaria ministerial de nº291 de 1992 estabeleceu a assistência à AIDS em nível hospitalar junto ao Sistema de Procedimentos de Alta Complexidade-SIPAC. Cabendo aos municípios, estados, governo federal, universidades, organizações filantrópicas e não governamentais conveniadas ao SUS a administração desses serviços (BRASIL, 1999).

Em nível internacional, os anos 2000, com a pactuação dos objetivos do milênio, dar-se-ia o compromisso com pautas persistentes que incidem sobre a vida de inúmeros indivíduos de forma danosa, dentre elas o compromisso dos países signatários em combater o HIV e a AIDS, a malária e outras doenças relevo. No Brasil, o prenúncio, de mais uma década também se avizinhava e com ela uma nova agenda governamental, a “Era PT nas figuras de Lula e Dilma” (2004-2011/ 2012-2016) viria a se instaurar.

Antes de se apontar os avanços e/ou retrocessos expressivos deste governo para a política de saúde e assistência a pessoa com HIV e a AIDS é imprescindível desmistificar que a agenda materializada por Lula e, posteriormente, por Dilma não promoveu rupturas importantes na condução macroeconômica deixada pelo ajuste estrutural do governo anterior, ou seja, o superávit primário, o regime de meta da inflação e o câmbio flutuante mantiveram-se. A Lei de Reforma Fiscal continuou em vigor e nada se fez para reverter as privatizações já estabelecidas (COSTA & LAMARCA, 2013).

No quesito saúde, o governo Lula pautou suas ações na tentativa de mudança do modelo de atenção, a partir de projetos que priorizavam o acolhimento e a humanização, articulando epidemiologia, determinantes sociais da saúde e a política de saúde. Alguns pontos merecem destaque como a ampliação dos serviços de atenção básica, por meio do Programa Saúde da Família - PSF, com aumento de 57% no número de equipes de saúde; o impulso à Reforma Psiquiátrica com intenção de "desospitalização" através do Programa Anual de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS; a criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para o atendimento pré-hospitalar móvel no âmbito da Política de Atenção às Urgências e Emergências; o Programa Farmácia Popular; avançou sobre no quesito regulação do mercado de medicamentos; potencializou as ações do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas e do Programa Nacional de DST e a AIDS (PAIM, 2013).

Em nível de gestão aprovou o Pacto pela Saúde, em 2006, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão em três componentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e o Pacto de Gestão do SUS. Em relação às transferências dos recursos federais, dividiu o financiamento em seis grandes blocos - Atenção Básica, Média e Alta Complexidade da Assistência, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS e Investimentos em Saúde, o que minorou o histórico de fragmentação dos recursos, com vistas a consolidar maior autonomia aos entes federados na gestão dos recursos (MENICUCCI, 2011). Em 2007, pela primeira vez, o governo brasileiro licenciou compulsoriamente um antirretroviral - ARV, permitindo sua fabricação local (GRECO, 2016).

Em relação ao governo de Dilma Rousseff verifica-se que estratégias importantes foram implantadas como a publicação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, tendo como principal objetivo oferecer recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (BRASIL, 2018), e a iniciativa de um estudo inédito no país para o uso de tecnologias de prevenção inovadoras, como a Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) no âmbito do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013).

Em 19 de janeiro de 2015, o governo supracitado publiciza uma agenda com delineamentos neoliberais, através da Lei 13.097/15, a qual introduziu novas e amplas exceções à vedação constitucional à participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros nas atividades de assistência à saúde. Com a autorização da entrada de capital estrangeiro no setor de saúde, empresas de fora do país puderam instalar ou operar hospitais (inclusive filantrópicos) e clínicas, além de executar ações e serviços de saúde. Atualmente, o capital estrangeiro está restrito aos planos de saúde, seguradoras e farmácias (MARQUES *et al*, 2018).

Com a destituição de Dilma Rousseff em 2016, entra em cena o governo de Michel Temer com a Emenda Constitucional nº 95/2016, a qual define as regras para uso de recursos públicos em políticas sociais para os próximos 20 anos. Neste contexto, o orçamento destinado a saúde do ano seguinte seria igual ao gasto do ano corrente, acrescido apenas da inflação pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo - IPCA (VIEIRA, 2018).

A referida Emenda Complementar, proposta e aprovada, inflexionaria de modo desastroso o espraiamento do combate à epidemia de HIV no país, principalmente na oferta da PrEP a partir de dezembro de 2017, realizada através da dispensação de antirretrovirais às pessoas não infectadas e que mantêm relações de risco com maior frequência. É bastante

provável que muitos territórios deste país que dispõem de serviços voltados à assistência à pessoa com HIV deixem de oferecê-los ou diminuam a oferta, pois os estados e municípios não terão como abarcar uma demanda crescente e ao mesmo passo com um orçamento restrito (VIEIRA, 2018).

Além de medicamentos, os pacientes que vivem com HIV e os que manifestaram a AIDS necessitam de tratamento para doenças oportunistas, internação, exames de média e alta complexidade, acompanhamento contínuo, mas com poucos recursos haverá, proporcionalmente, um inchamento dos níveis de atenção à saúde. Sabe-se que o HIV e a AIDS tem estreita relação com a vulnerabilidade social, individual e programática, a pauperização acompanha os índices de notificação, logo as possibilidades de pagar por serviços de saúde são irreais.

Os governos brasileiros até aqui buscaram atrelar algum progresso social, a passos largos, aos ditames do mercado capitalista e da agenda neoliberal. Os avanços do SUS podem ser vislumbrados, mas, junto a eles, desafios e retrocessos se fizeram presentes. A partir de 2016 verifica-se uma busca desenfreada pelo desmonte da seguridade social de forma explícita, na tentativa de desestruturar o salvaguardado na Constituição Federal de 1988 e nas suas Leis Orgânicas. Em 2019, com o advento do governo Bolsonaro, eleito por uma parcela significativa de brasileiros, que se muniu de um discurso de mudança, assiste-se em pouco mais de um ano de governo, uma agenda excludente, com perdas significativas para a classe trabalhadora usuária do SUS.

Do balanço conjuntural proposto neste tópico, traz-se o quadro a seguir que reflete os limites e possibilidades no combate à epidemia do HIV e da epidemia de AIDS no país.

Quadro 1: O caminho da resposta brasileira a epidemia do HIV e da epidemia de AIDS: entre avanços, desafios e perspectivas.

Pontos relevantes que contribuíram para os avanços na resposta brasileira ao HIV e a AIDS	Desafios a serem superados para sustentabilidade do programa brasileiro no enfrentamento do HIV e a AIDS	Perspectivas para consolidar a agenda de combate a epidemia no Brasil
O Estado, a Sociedade Civil e a Academia, trabalhando juntos em prol da estruturação da resposta nacional nos primeiros anos do <i>boom</i> da epidemia, baseando-se nos direitos humanos e nos princípios do SUS. Mobilizando precocemente o Estado para o enfrentamento da AIDS.	Disparidade, da pobreza e da discriminação, pois estas aumentam a vulnerabilidade das pessoas em relação ao HIV/AIDS e dificultam o acesso à necessária prevenção, aos cuidados médicos e à adesão ao tratamento;	A prevenção e o combate ao preconceito e à discriminação
Em 1985-1986, antes da criação do SUS, foi estabelecido o Programa Nacional de DST/AIDS. O estado brasileiro propõe comissões	O aumento do número de PVHA iniciando tratamento, além da necessidade de novos medicamentos para os que já	Diagnóstico em tempo oportuno: aposta-se na centralidade da atenção básica para massificar o diagnóstico precoce. O objetivo é

interinstitucionais estaduais, e estabelece política nacional para o enfrentamento da AIDS, com ênfase na proteção dos direitos humanos.	falharam nos esquemas iniciais. Com a expansão do diagnóstico e a esperada necessidade de esquemas de 2º ou 3º linha, importados, protegidos por patentes, os investimentos necessários continuarão a subir.	buscar diminuir a morbidade, a mortalidade, atuando como prevenção secundária, desde que seja possível oferecer o tratamento e manter a adesão.
É pouco provável que a resposta brasileira teria avançado o que avançou sem o SUS, realmente o grande marco na mudança na saúde pública brasileira.	A percepção equivocada, acentuada por propaganda da indústria farmacêutica, que discutir propriedade intelectual não é mais relevante. Podendo inibir a utilização das flexibilidades do acordo TRIPS, incluindo licenças compulsórias, fabricação ou importação de genéricos.	Tratamento e adesão: é salutar que haja mais investimentos em pesquisas científicas nessa área; expansão da produção local, incluindo melhores formulações dos medicamentos já existentes, pediátricos e para adultos; participação efetiva de profissionais e sociedade civil nos espaços de controle social; condutas mais humanizadas por parte dos profissionais nos serviços de saúde.
Promulgação da lei 9.313, apoiada e pressionada pela sociedade civil organizada, que transformou em direito o acesso universal no SUS aos antirretrovirais.	A percepção equivocada, tanto da população quanto da mídia, é que a epidemia estaria controlada, dificultando a necessária e contínua discussão sobre prevenção e diagnóstico, especialmente com os grupos populacionais em situação de vulnerabilidade e com os mais jovens, que não viram o início da epidemia.	...
A participação de PVHA na luta por seus direitos em todos os fóruns, especialmente nos Conselhos de Saúde e nas agências regulatórias.
A participação das instituições públicas como universidade/ secretarias de saúde/ academia proporcionou o estabelecimento de serviços de referência, com apoio técnico e acadêmico para políticas específicas para o diagnóstico, cuidado, avaliação virológica e imunológica e para pesquisa.

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado com base no estudo intitulado: Trinta anos de enfrentamento à epidemia da AIDS no Brasil, 1985-2015, do autor Greco (2016).

Gestar uma resposta brasileira de combate ao HIV nos moldes que se apresentaram nesta discussão é desafiador em meio aos percalços enfrentados na construção do próprio SUS. Não se pode desvincular tal resposta da consolidação do sistema público de saúde brasileiro, se o SUS retroage, toda a sua agenda com vistas a garantir o direito a saúde e a cidadania, assim como as ações e serviços para os diversos segmentos, destacando-se o de pessoas que vivem com HIV, também retroage.

Em meio ao subfinanciamento, congelamento de gastos, privatizações, reordenamento do aparato estatal, dentre outros condicionantes, o SUS cidadão, meio de minorar a pobreza através do acesso a assistência à saúde de forma holística, se vê cada vez mais impossibilitado de garantir seus princípios de universalidade, equidade e integralidade e consequentemente ações e serviços de saúde humanizados e de qualidade às pessoas com HIV e com a AIDS.

Porém, qual seriam a(s) alternativa(s) para tal cenário? Ora, *receitas* não cabem no dinamismo da sociedade contemporânea, ainda mais em um Brasil tão desigual e com territórios tão complexos. Mas se pode ousar em dizer que muitas possibilidades e caminhos já estão dados na realidade, pois como coloca Almeida (2014, p. 63) *O futuro para o qual caminhamos nasce do presente em que estamos e possui raízes no passado vivido, mas uma boa dose desse futuro (um dos muitos possíveis) pertencerá ao improvável, ao desconhecido e ao surpreendente*. Neste ponto reside a causalidade, a força da história.

1.2 O HIV e a AIDS no contexto de desigualdade social na sociedade contemporânea.

Para uma abordagem mais profunda sobre o HIV e a AIDS, faz-se necessário compreender os fatores socioeconômicos que constituem a base material sobre a qual se moldam os mecanismos que permitem e facilitam a disseminação dessa doença. Um fator inicial, ligado especialmente à Economia Política, é a desigualdade, entendida como fator macroeconômico.

Os estudos sobre a desigualdade econômica e, por conseguinte, sobre os efeitos que ela comporta na vida social, datam da fundação da Economia Política, a partir de Adam Smith (1723-1790), passando por David Ricardo (1772-1823) e ganhando amplitude com Karl Marx (1818-1883). Ressalta-se que cada momento histórico vivenciado por esses autores apresentavam uma dinâmica socioeconômica distinta.

Smith, por exemplo, fundador da escola liberal clássica, pressupunha a desigualdade econômica como fator natural da ordem econômica, assentada no trabalho-valor⁷. De modo

⁷ Smith analisa a relação valor-trabalho a partir do momento em que verifica, em sua época histórica, que havia um sobre-lucro entre as classes dos capitalistas ingleses que não poderia mais ser atribuída, simplesmente à terra e à produção agrícola. Essa nova modalidade de obtenção de renda estava ligada não ao *trabalho produtivo*, mas àquilo que Smith chamou de *trabalho abstrato*⁷. Essa elaboração teórica só foi possível, pois Smith viveu no momento em que, pela divisão do trabalho, as formas de trabalho concreto deixavam claro que a produção de riqueza não estava mais assentada num único setor da atividade econômica, mas se espalhava pelos vários modos de realização do trabalho em geral. Portanto, o excedente econômico não é uma decorrência *intempestiva* da produção, mas está assentado na produtividade do trabalho, naquilo que as várias formas trabalho concreto têm em comum (NUNES, 2007).

que, *a confiança no sistema de liberdade natural e a aceitação da justiça realizada pela mão invisível são os dois valores que prevalecem na filosofia social de Adam Smith* (NUNES, 2007, p. 441). E, por conseguinte, qualquer tentativa de correção dos desequilíbrios, por parte do Estado, deve ser prontamente descartada, pois o equilíbrio da distribuição da riqueza seria natural:

Uma mão invisível parece forçá-los [aos ricos] a concorrer para a mesma distribuição das coisas necessárias à vida que se teria verificado se a terra tivesse sido dada em igual porção a cada um dos seus habitantes; e assim, sem ter essa intenção, sem mesmo o saber, o rico serve o interesse social e a multiplicação da espécie humana (SMITH, 1981 *apud* NUNES, 2007, p.441).

Embora a perspectiva de análise a partir das classes sociais não fosse objeto do estudo de Smith, ele, contudo, tinha como mote a ideia de estratificação social, como se verifica na citação acima. Nesta mesma direção, Ricardo (1996, p. 19), ao falar do produto da terra, da relação de produção estabelecida entre as classes, aponta que a dinâmica que envolve o proprietário da terra, o dono do capital e os trabalhadores, condiciona e determina, dependendo do estágio de desenvolvimento social, que tal produto, convertido em renda, seja distribuído desigualmente entre as referidas classes.

Como se verifica, tanto Smith (1981) como Ricardo (1996) basilaram suas discussões muito mais em elementos isolados do que na totalidade do modo de produção como fenômeno social. Logo, compreende-se que não consideravam suficientemente as imbricações sociais relativas aos modos de produção e reprodução da vida material em sociedade, gerando por parte de Marx questionamentos nesse sentido, levando-o a ponderar como imprópria a base das análises dos economistas clássicos, uma vez que a Economia Política não poderia ser expressa como resultante da ação isolada de um só indivíduo (MARX, 2008).

Sendo assim, Marx tece sua crítica à economia política em 1859, enunciando a que resultado chegou e o ponto de partida tomado nas pesquisas que realizara.

O resultado geral a que cheguei e que, uma vez obtido, serviu-me de guia para meus estudos, pode ser formulado, resumidamente, assim: na produção social da própria existência, os homens entram em relações determinadas, necessárias, independentes de sua vontade; essas relações de produção correspondem a um grau determinado de desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. A totalidade dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base real sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e à qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; ao contrário, é o seu ser social que determina sua consciência (MARX, 2008, p.47).

Ora, a realidade criada em razão das relações de produção não é atomizada e nem comporta análises isoladas. A realidade, tal como se apresenta ao investigador, dirá Marx, *é a síntese de muitas determinações* (MARX, 2008, p. 258). Importa, nesse caso, apreender a síntese, isto é, tornar o concreto do ponto de partida em concreto pensado, a saber, a síntese teórica que reúne as múltiplas determinações (MARX, 2008). É somente a partir desse panorama de compreensão da realidade social que se pode analisar a desigualdade como um elemento entre classes e produto específico da organização socioeconômica que emerge na modernidade ocidental a partir do século XVIII, com o capitalismo.

A desigualdade como o fenômeno da disparidade de posses em termos materiais remonta-se aos primórdios da organização social humana. Sendo assim, é importante desmistificar que o capitalismo moderno não nasce das diferenças entre as classes, porém ele gera, consolida e perpetua as referidas disparidades entre elas. A partir dos estudos de Marx pode-se compreender o funcionamento das relações sociais de exploração e acumulação no interior do processo de produção capitalista e, dessa forma, o modo como as desigualdades são estruturadas a partir da esfera econômica (MARX, 2013). Neste sentido, exploração e acumulação são, portanto, os modos prioritários de geração e manutenção das desigualdades.

Sabe-se que a dinâmica social transforma os elementos que a compõem a todo momento e isto leva a compreensão de que os conceitos trazidos por Marx não são absolutos, pois também denotam um recorte histórico e relações sociais distintos. Nesta direção, os modos de arranjos do capitalismo contemporâneo exigem outras mediações para compreender as dinâmicas geradoras e mantenedoras das classes e das distinções sociais.

Pois bem, ao se pensar a desigualdade alguns aspectos devem ser elencados, como, por exemplo, aspectos individuais da renda e a relação desigual da distribuição do bem-estar social, além de aspectos culturais e políticos do processo de criação das desigualdades. Sendo assim, é inerente que ao se pensar a desigualdade tem-se, pressupostamente, que pensar a igualdade, mas *igualdade de que?* (AMARTYA SEM, 2011). Porém, os estudos atuais sobre a questão, contudo, ainda não apresentam, de forma suficiente as nuances correspondentes entre as implicações da distribuição da renda individual com o bem-estar social. Neste sentido, Piketty (2014, p. 323) salienta que

na realidade, toda representação da desigualdade fundamentada num pequeno número de categorias está fadada a ser esquemática e imprecisa, já que a realidade social subjacente é sempre de uma distribuição contínua. Em todos os níveis de renda e de riqueza, há sempre um número de pessoas de carne e osso, cujas

características e importância numérica variam de forma lenta e progressiva em função da estrutura da distribuição em uma dada sociedade.

O autor em questão propôs um alentado estudo sobre a desigualdade a partir de dados recolhidos em diversos países. Tal proposta levou em consideração, sobretudo, os dados públicos sobre renda e as formas de tributação adotadas nos diferentes países, especialmente a tributação incidente sobre os bens transmitidos em herança. Mesmo não comportando uma análise sobre os efeitos sociais da distribuição desigual, o estudo não deixou, de pôr a descoberto as abissais diferenças entre classes sociais e acendeu os alertas para os níveis de concentração de renda (PIKETTY, 2014).

Os efeitos da desigualdade podem ser vistos no cotidiano da vida social e em um certo sentido compõe a paisagem das cidades, normalizados e mesmo exigidos. Afinal, como afirma Bourdieu (1983, p. 82) *às diferentes posições no espaço social correspondem estilos de vida, sistemas de desvios diferenciais que são a retradução simbólica de diferenças objetivamente inscritas nas condições de existência*. Sendo assim, as diferenças sociais, especialmente baseadas na renda, criam disparidades que se traduzem em *estilos* de vida, objetivando-se em formas de consumir, aberturas de acesso a certos bens e serviços e, sobretudo, inserem o indivíduo na cadeia das possibilidades reais de acesso ao bem-estar.

Do exposto, compreende-se que os efeitos da concentração/acúmulo são evidentes, o que exige apreender, primeiramente, dois aspectos desse processo: a intencionalidade e os efeitos estruturantes. Por intencionalidade se entende aqui a persistência dos grupos e/ou agentes econômicos que conduzem as economias nacionais e globais cada vez para uma acentuada concentração de riqueza e geração de pobreza independente dos efeitos perversos para a grande maioria dos povos. Já os efeitos estruturantes referem-se aos fatores que são, ao mesmo tempo, efeitos e causas recorrentes das situações de desigualdade, prioritariamente: as relações de trabalho, as relações de produção e as relações de consumo (MÉSZARÓS, 2011).

A busca desenfreada pela geração de lucros por meio da exploração, seja pela obtenção de mais-valia, seja pela especulação financeira que o capitalismo assumiu contemporaneamente e, ainda, a manutenção dos níveis de concentração de riqueza é uma resultante visível do processo de globalização atual. Mais do que visível ela é quantificável. Tal realidade incitou Branko Milanovic (2017) a engendrar a obra *A desigualdade no mundo: uma nova abordagem para a era da globalização*. Analisando a década de 1988-2008 e tomando a riqueza mundial do período a partir da grandeza 100, o autor chegou à conclusão de que *44 por cento do ganho absoluto [dessa riqueza] foi para os 5 por cento mais ricos a nível mundial, com quase 1/5 do aumento total a ser recebido pelos 1 por cento de topo*.

(MILANOVIC, 2017, p.34). Por sua vez, para a classe média global – termo proposto por Milanovic – coube apenas *2 a 4 por cento do bolo global, ou no total 12-13 por cento* (Ibidem).

No que concerne à renda, o ano de 2008 registrou, as seguintes disparidades, confirmando a tendência de acentuação da concentração de renda no topo da pirâmide global e, por sua vez, demonstrando o quanto essa hiperconcentração inflexiona diretamente na renda da base da pirâmide. Segundo Milanovic (2017, p. 35-36),

[...] o rendimento médio líquido disponível *per capita* (após dedução de impostos) dos 1 por cento de topo a nível mundial situava-se ligeiramente acima de 71 mil dólares anuais, o rendimento mediano rondava os 1400 dólares e as pessoas situadas no decil mundial mais pobre tinham um rendimento anual inferior a 450 dólares (todos os valores estão expressos em dólares internacionais de 2005).

Os números traduzem a realidade empírica. Além disso, podem desdobrar uma compreensão mais global e conexa do fenômeno da desigualdade, ligando, especialmente a renda com a obtenção do bem estar. Antes de tudo, é preciso situar geograficamente onde estão o “1%” mais rico dos quais fala Milanovic, pessoas verdadeiramente “vencedoras da globalização” (Ibidem, p. 32). Os dados fornecidos pelo pesquisador são exemplares para localizar os *plutocratas mundiais*: metade do 1% mais rico está nos EUA (ou seja, 12% dos estadunidenses pertencem ao bloco dos 1%). O restante está na Europa Ocidental, Japão e Oceania. Além disso, Brasil, África do Sul e Rússia concorrem com 1% de suas populações para a composição do bloco de 1%.⁸

Tal cenário tende a corroborar com a ideia de que há uma intencionalidade prevista nas medidas de produção de riqueza que constroem e sustentam o modelo de produção capitalista no estágio atual, especialmente nos pós-crise de 2008, período no qual se verifica uma aceleração do processo descrito. Nesse sentido, além de programado, o processo de concentração de riqueza se dá de modo a afetar as classes trabalhadoras, especialmente no Ocidente, uma vez que, dada a financeirização do mercado, as atividades produtivas são cada vez descartadas em favorecimento do assim chamado *capitalismo de cassino*⁹ (HARVEY, 2006).

⁸ Todos os dados, inclusive a expressão “plutocratas mundiais”, constam na obra supracitada de MILANOVIC, Branko, 2017, p.32.

⁹ Denominação conhecida como o modelo flexível que vem surgindo da terceira revolução industrial, que quer justamente expressar respectivamente a ausência de uma coordenação internacional dos capitais pelo Estado e a predominância, antes nunca vista, do capital financeiro sobre o produtivo, a ponto de diariamente circularem entre 1,5 e 3 trilhões de dólares em papéis, virtuais. Portanto, como a quantidade de mão-de-obra é – nos três segmentos da economia –, como aludimos, cada vez mais diminuta, tanto o emprego formal como os direitos

Os aspectos estruturantes, trabalho, produção e consumo, apontados acima, constituem a tríade disjuntiva entre a necessidade humana e a produção de riqueza que concorrem para a *crise estrutural do capital* (MÉSZAROS, 2011, p. 605s). Tal *crise estrutural [é a] que conhecemos desde fins de 1960, início de 1970, mas é diferente no sentido de que irrompeu globalmente com grande veemência* (Idem, 2011, p.135). Esses aspectos são cíclicos: são causa e efeitos do processo de acumulação, irrompem no cenário da economia global no momento em que o neoliberalismo se torna a ideologia bem-sucedida do processo de produção capitalista.

Sob o neoliberalismo, há uma tendência geral para diminuir o valor dos salários com o pretexto de manter os níveis de empregos. Além disso, os centros industriais são deslocados para as periferias, onde os sistemas de proteção trabalhistas ainda são incipientes ou inexistentes. Esse fator mantém sob controle as demandas dos sindicatos e outros grupos organizados. É desse modo, ao restringir os ganhos salariais, que o modo de organização produtivo da atual quadra histórica concorre para a formação de ilhas de concentração e distribuição desigual da renda e da riqueza (NETTO & BRAZ, 2006).

O processo seguinte, ligado ao primeiro, decorre do fato de que a produção capitalista é um fenômeno social enraizado. As formas de produção e reprodução da vida material são determinadas a partir da dinâmica da concentração dos meios de produção por uma pequena parcela de indivíduos, de um lado, e pela criação de uma larga escala de trabalhadores assalariados. Além disso, na atual fase do capitalismo financeiro, há também a predominância de indivíduos que apenas gerenciam, especulativamente, a riqueza e/ou capital acumulado (MÉSZARÓS, 2011).

O terceiro aspecto estruturante diz respeito ao consumo. Ele funciona como peça de encaixe da tríade disjuntiva apresentada por Mézárós, uma vez que é, metaforicamente, um alento entre o trabalho/renda e a produção: é recompensa fetichizada do trabalho e motor da manutenção da produção. Os elementos citados, portanto, são resultantes do processo de acumulação e, portanto, causadores e ao mesmo tempo efeitos, de forma cíclica da desigualdade social (MÉSZARÓS, 2011).

O bem-estar, dessa forma, como um aparelho de correlação de forças entre a concentração de riqueza e o usufruto dos bens sociais fica, nesse sistema, cada vez mais para segundo plano. As contradições do capitalismo atual são tão severas que, mesmo em face do

sociais são profundamente atingidos pela dinâmica do novo capitalismo contemporâneo. In: FONSECA, F. Democracia e participação no Brasil: descentralização e cidadania face ao capitalismo contemporâneo. **Rev. Katál.** Florianópolis v. 10 n. 2 p. 245-255 jul./dez. 2007, p.250.

progresso técnico, por exemplo, não se vislumbra saída para inserir a globalidade das pessoas no processo de participação do bem-estar.

Neste entendimento, pode-se inferir que inúmeros indivíduos, no mundo, não dispõem de possibilidades concretas para ter participação no processo de bem-estar, pois o acesso aos serviços de saúde, educação, cultura, renda e trabalho, proteção social, educação, lazer, dentre outros, se encontram obstaculizados, pois para o sistema de capitais, o Estado, que antes era responsável por garantir os serviços sociais, deve atender prioritariamente as exigências do mercado financeiro e dos grandes monopólios produtivos (MÉSZAROS, 2011)¹⁰.

Em meio a estas mudanças econômicas e sociais rígidas, inúmeras mazelas globais são metamorfoseadas com intensificação de suas incidências e consequências. Como exemplo expressivo, apresentam-se o HIV e a AIDS.

(...) a epidemia de HIV/AIDS se instala justamente na polarização crescente entre os ricos e os que vivem em situações de extrema pobreza, na exclusão de setores inteiros da sociedade na integração perversa de outros (nas economias criminosas do tráfico internacional de drogas, armas, órgãos e assim por diante), e com as formas de desigualdade social que aumentam cada vez mais e que parecem ser uma parte integral dos processos de globalização (justamente com as políticas do chamado neoliberalismo) (PARKER, 2000, p. 09).

A integração perversa advinda da globalização, produzindo a marginalização e a criminalidade, as vulnerabilidades, a pauperização, como partes integrantes do capitalismo, são elementos estruturais da produção de suscetibilidades crescentes à infecção (PARKER & CAMARGO JR., 2000). Os fatores estruturais, como exposto, facilitam a transmissão do HIV e a sua concentração em territórios e populações específicas. Parker e Camargo Jr. com base em estudos realizados no recorte temporal 1990 - 2000, denotam os seguintes fatores recorrentes:

1) (sub)desenvolvimento econômico e pobreza; 2) mobilidade, incluindo migração, trabalho sazonal, e convulsão social em razão de guerras e de instabilidade política, que interagem frequentemente com a pobreza, condicionando a vulnerabilidade relacionada ao HIV/AIDS; 3) desigualdades de gênero, que também interagem com a pobreza (e a contínua feminização da pobreza), colocando as mulheres, bem como homens desviantes com relação ao gênero (por exemplo, travestis), em situações de vulnerabilidade acentuada à infecção pelo HIV (PARKER & CAMARGO JR. 2000, p. 93).

¹⁰ Com base na discussão de Mézáros em sua obra Crise estrutural do capital.

Estes fatores estão estritamente conectados ao déficit habitacional e de serviços ligados ao bem-estar social tanto quanto à carência ou inadequação de serviços de saúde, interagindo sinergicamente para criar vulnerabilidade acrescida ao HIV e à AIDS (WALLACE, 1988 *apud* PARKER & CAMARGO JR, 2000). Sendo assim, tanto o HIV como a AIDS passam a se configurar como uma de *sindemia*¹¹, pois se envolvem, de forma negativa, com os demais problemas de saúde, produzindo níveis ainda maiores de vulnerabilidade (SINGER, 1994; BAER *et al.*, 1997 *apud* PARKER & CAMARGO JR, 2000).

É relevante colocar aqui que a vulnerabilidade ao HIV é compreendida como uma unidade analítica, constituída no indivíduo coletivo. Partindo deste pressuposto ratifica-se que o

(...) modelo de vulnerabilidade está conformado por três planos interdependentes de determinação e, conseqüentemente, de apreensão da maior ou da menor vulnerabilidade do indivíduo e da coletividade. (...) busca a compreensão do comportamento pessoal ou a vulnerabilidade individual, do contexto social ou vulnerabilidade social e do programa de combate à doença, no caso a AIDS, ou vulnerabilidade programática (AYRES, 1999, *apud* SANCHEZ & BERTOLOZZI, 2007, p. 321).

Do exposto, a vulnerabilidade configura-se na oportunidade de exposição das pessoas ao adoecimento na interação do indivíduo e suas relações sociais. Cabe ressaltar que nesta perspectiva tal oportunidade de exposição se delinea conforme o *lôcus* que envolve o indivíduo-coletivo, o que pode acarretar maior suscetibilidade à infecção e ao adoecimento e, de modo inseparável, à maior ou menor disponibilidade de recursos de todas as ordens para a proteção das pessoas contra as enfermidades (SANCHEZ & BERTOLOZZI, 2007).

Para além da vulnerabilidade, outro conceito emerge na discussão do HIV e da AIDS em suas relações com a desigualdade, o de sinergia epidemiológica que diz respeito

(...) ao potencial que a associação entre dois ou mais fatores – cofatores – têm de intensificar determinado risco. Descrevem-se, inclusive, a sinergia epidemiológica entre doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS, por um lado, e a sinergia epidemiológica entre eventos sociais, econômicos e antropológicos com a transmissibilidade do HIV (SOUTO, 2004, p. 254).

¹¹ A sinergia dos efeitos da epidemia, capturada pelo termo “sindemia”, formulado originalmente por Wallace, R. descreve como duas ou mais situações de sofrimento, ao atuarem conjuntamente sobre um indivíduo ou grupo, aumentam a carga de adoecimento de uma população. In: COSTA-COUTO. M. H. **A vulnerabilidade da vida com HIV/AIDS**. Rio de Janeiro, 2007, p. 54.

Compreende-se que os fatores subjetivos se relacionam com os fatores estruturais como a pobreza, as crises econômicas e o não acesso aos direitos sociais determinando o padrão de vulnerabilidade de indivíduos ou populações ao HIV. Este entendimento para além do comportamento individual, que delineava o conceito de ter mais risco ou não de contrair o HIV e manifestar a AIDS, contribui para desmistificar o preconceito e estigma que ainda se mostra latente no contexto da epidemia.

Corroborando com o exposto, as oportunidades da população pobre mundial a adquirir a condição HIV e manifestar AIDS, é proporcionalmente maior. O capitalismo e a busca de se globalizar, a qualquer custo, está

(...) diferenciando grupos populacionais como se fossem subespécies humanas; assim, temos a subespécie dos pobres e a subespécie dos ricos, cuja diferença vai desde a desigualdade no acesso às oportunidades sociais a padrões de longevidade, fecundidade, morbidade, mortalidade e fenótipo derivado das condições de vida. O resultado é a configuração de uma subespécie informada, produtiva, predominantemente sadia, com privilegiada capacidade cognitiva e de elevada estatura, por exemplo, e outra composta por indivíduos sem informação, de baixa capacidade de produção, sofrendo continuamente de diversas doenças e composta por indivíduos de menor compleição física e mental (SOUTO, 2004, p. 254).

A partir dessa leitura da realidade, verifica-se que o cenário não é amistoso e que a possibilidade de estabilização da epidemia vai além de medidas pontuais de saúde e compromisso mundiais. Com uma estimativa do Banco Mundial (2018) de 3,4 bilhões de pessoas no mundo vivendo em extrema pobreza - quase metade da população global - retomasse a afirmar que a intensificação das mazelas sociais, está imbricada à ordem econômica, que produz a desigualdade para sua manutenção, ou seja, esta é produto inerente da produção e reprodução da riqueza pelo capital.

Nestes termos coloca-se o HIV e a AIDS no *conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade* (IAMAMOTO, 2006, p. 176). Tal conjunto de expressão das desigualdades aqui situadas estruturalmente não se limitam a escassez que gera o pauperismo, vão além, relacionando a escassez com os seus desdobramentos políticos (SANTOS, 2012), configurando a Questão Social¹².

¹² Segundo Iamamoto (1999, p.27) A Questão Social é apreendida como um conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Viera *et al* (2014, p. 197) afirmam que

(...) A AIDS é uma epidemia que expõe a exploração decorrente das relações capitalistas, pois a prevenção e a vivência com HIV dependem em grande medida, do acesso a serviços de saúde, insumos, informações, medicamentos. Nessa perspectiva, o que deveria ser direito universal à saúde é convertido em espaços de produção de lucros, num processo de privatização que tem se intensificado nas últimas décadas. Revela, também, a manutenção da opressão, decorrente das relações patriarcais, na medida em que a prevenção é associada à normatização e controle da sexualidade, pela igreja, pelo Estado e pelas famílias.

Ser contemplado pelos serviços de saúde na atualidade é dificultado pela lógica do mercado que tende a transformar tudo em mercadoria. Este serviço necessário à manutenção da vida passa a ser visto pelo capital como objeto para obtenção de lucro. A perpetuação da privatização de serviços, que em sua essência deveriam ser públicos, sob a égide neoliberal - responsável em tempos contemporâneos pela manutenção ideológica do capitalismo - caminham por uma reconfiguração perniciosa. Tal reconfiguração é salientada pelo (neo)conservadorismo, que tem como pano de fundo a desistoricização do tempo presente, aproximando-se de ideias conservadoras do liberalismo, pragmatismo e do empirismo, partindo de uma concepção de razão extraída das formulações positivistas, defendendo reformas sociais que não afetem a estrutura social vigente (SOUZA, 2015).

Este pano de fundo incide de forma negativa principalmente em ações programáticas de saúde frente ao HIV, - no contexto conservador moderno não se analisa o sujeito e o presente permeados de historicidade, o que leva ao entendimento de que ambos não são inflexionados por fatores exógenos, e que a desigualdade produzida pelo capital é natural e não está ligada com os demais problemas sociais, que também, nesta perspectiva são de ordem individual – as quais passam a ser redirecionadas, quando implementadas, em virtude de minorar comportamentos sexuais de risco, salientando as desigualdades nas relações de poder, os estigmas e preconceitos.

1.3 Sou Cidadã Positiva: avanços e perspectivas programáticas da política pública de saúde à mulher que vive com HIV.

A saúde como direito de todos e dever do estado deve ser apreendida sob a perspectiva do acesso universal, da integralidade e equidade aos serviços de atenção à saúde em todos os seus níveis de complexidade. Ao se pensar a Política de Atenção à Saúde da Mulher (sexo biológico), isso se complexifica, pois além do acesso universal, faz-se necessária a qualificação dos serviços de saúde a partir da identificação das vulnerabilidades. Portanto, no campo da atenção à saúde sexual e reprodutiva que se expressa na esfera dos

direitos humanos, da educação e promoção de saúde, assistência social e proteção em situações de violência um longo caminho a sociedade brasileira ainda tem que percorrer para além da universalidade, assegurar a integralidade e a equidade a todas as mulheres atendidas pela política pública de saúde na atualidade.

Estima-se que no mundo, em 2018, há cerca de 7.000 mulheres jovens entre 15 e 24 anos infectadas pelo HIV. Este fragmento etário tem o dobro de probabilidade de estar vivendo com HIV do que homens. Em algumas regiões do planeta, as mulheres que sofrem violência são 1,5 vez mais suscetíveis a se infectarem pelo HIV (UNAIDS, 2018).

O quadro epidemiológico sinaliza uma tendência ao crescimento do índice de HIV em mulheres. Mas tais índices não emergem desconectados do processo de desigualdade que se espalha através da globalização. Parker e Camargo Jr. (2000, p.93) salientam que as mudanças estruturais em nível macroeconômico têm contribuído para a *progressiva feminização da pobreza e da miséria* e que,

(...) embora as mulheres venham sendo incorporadas ao mercado de trabalho em proporções sem precedentes nas últimas décadas (ao menos, em parte, através de famílias de classe média, nas quais a presença de um segundo membro com fonte de renda tornou-se necessária como estratégia de manutenção do padrão de vida em contexto de crescente polarização econômica e salários reais declinantes), a face da pobreza e, em particular, da miséria, tem-se tornado, de modo crescente, a face das mulheres excluídas não apenas devido à opressão baseada em classe e etnia, mas também à opressão baseada em gênero.

As variáveis expressivas, que se apresentam em diversos territórios do planeta, estão também ligadas a questão de gênero, condicionando as mulheres a uma maior vulnerabilidade à infecção do HIV. Estes fatores envolvem: a inexistência ou a insuficiência de políticas públicas que efetivem os direitos humanos das mulheres; o enfoque limitado das ações voltadas a saúde da mulher, uma vez que persistem em um enfoque meramente reprodutivo, concentrando esforços na proteção à maternidade; a falta de acesso a serviços de saúde que promovam a efetivação dos direitos sexuais e reprodutivos de meninas e mulheres; o não acesso à educação nos mais diversos países, principalmente na África e alguns países da América Latina e Caribe; padrões culturais e religiosos conservadores que interferem negativamente na adoção de medidas preventivas, que engloba o acordo no uso do preservativo tanto masculino quanto feminino; diferenças na inserção e permanência no mercado de trabalho, com a ocupação das posições mais precárias pelas mulheres e nos setores informais da economia; o incremento de violência doméstica e sexual (BRASIL, 2007).

Além dos fatores estruturais supracitados, é importante salientar que as características biológicas que envolvem a mulher tendem a torná-la mais suscetível a contrair HIV. A superfície vaginal é frágil, principalmente em mulheres mais jovens. Com a relação sexual tal superfície fica exposta ao sêmen infectado, o qual apresenta maior concentração de HIV do que o líquido vaginal, levando a mulher à infecção pelo HIV por via sexual. Além disso, as ISTs são mais frequentemente assintomáticas em mulheres o que direciona ao diagnóstico e tratamento tardios, já quando há a manifestação da AIDS (RODRIGUES, *et al.*, 2013).

Estes elementos permitem compreender que as desigualdades presentes em instâncias diversas se superpõem, gerando efeitos sinérgicos, como nas vulnerabilidades a que estão submetidas mulheres de países em desenvolvimento (BASTOS, 2001). No Brasil, um país em desenvolvimento, por exemplo, verifica-se nítido predomínio da prática heterossexual como forma de transmissão do HIV para as mulheres (SANTOS *et al.*, 2009). Os índices revelam o incremento dos casos de HIV e de AIDS, se no início da epidemia, em 1984, havia 23 homens para cada mulher com AIDS, em 2017, constam 22 casos de AIDS em homens para 10 casos de mulheres (BRASIL, 2018), mesmo que nos últimos 10 anos tenha havido uma queda das taxas de detecção entre mulheres em relação as do sexo masculino.

Apontados elementos acima, é necessário relacioná-los principalmente à resposta brasileira ao HIV, pois é no campo da saúde que as medidas de enfrentamento da epidemia foram gestadas. Os diversos segmentos que vivem com HIV não podem ser abarcados da mesma forma, pois cada um possui aspectos a serem considerados no que tange a formulação e execução das ações e serviços de saúde. A face feminina do HIV, e da AIDS, emerge e exige uma resposta do Estado frente aos índices crescentes, e tal resposta para atingir indicadores de efetividade deve ser direcionada para além da condição HIV, pois as relações sociais, que envolvem a mulher que vive com o HIV, implicam no acesso a atenção integral à saúde. Sendo assim, apontar-se-á em que direção a política de saúde norteia as ações e serviços com vistas a garantir a qualidade e dignidade do segmento supracitado.

Na agenda da resposta à epidemia do HIV a figura feminina passa a se fazer presente nos últimos anos da década de 80 e início dos anos 90, com um número significativo de mulheres infectadas em idade reprodutiva. Esta tendência passou a questionar em termos a epidemia ligada aos grupos de risco¹³, abrindo espaço para o debate de se pensar a partir de

¹³ No início da epidemia a abordagem médica, as orientações de prevenção eram direcionadas aos grupos de risco: gays, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo, em outro momento as intervenções na área da saúde compreendem a epidemia para além de um fato restrito a determinados grupos, mas relacionada a

então a vulnerabilidade dos segmentos ao HIV e a manifestação da doença AIDS (BRASIL, 2003).

A década de 1980, mais precisamente em 1983, é criado o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher – PAISM, que proporcionou a visibilidade para a área de saúde sexual e reprodutiva, estes como direitos inerentes a mulher.

O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS). (...) incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2004, p. 16-17).

Porém, foi a partir da década de 1990 que as respostas coordenadas voltadas para esse segmento foram direcionadas na perspectiva de fortalecer as ações através da informação, principalmente quanto a aspectos individuais e sociais que as levam a maior vulnerabilidade ao HIV, à AIDS e à transmissão vertical (BRASIL, 2007). Com a concepção da Política Nacional de DST/AIDS, do Ministério da Saúde, em 1999, que estabeleceu as diretrizes das ações do Programa Nacional de *DST/AIDS*, traz-se novos elementos para se direcionar a implementação de ações e serviços no âmbito da mulher que vive com HIV. Sendo assim, os componentes que integram o programa supracitado, de forma articulada, trazem as seguintes diretrizes e estratégias no que concerne a resposta ao HIV e ao incremento dos índices na categoria mulher:

Quadro 2: Componentes e suas respectivas estratégias e diretrizes frente ao incremento dos índices em mulheres.

<p><i>Componente 1 - Promoção, Proteção e Prevenção</i></p>	<p>PREVENÇÃO:Promoção ao Uso do Preservativo: Uso do preservativo, concomitante com estratégias de redução de risco de infecção, entre elas a redução do número de parceiros, de parceiros concomitantes e o adiamento da primeira relação sexual entre os jovens, nas relações sexuais com penetração. Vale destacar que o preservativo se associa a todas essas estratégias e deve se inserir no contexto do comportamento sexual de homens e mulheres, levando em conta as condições desiguais de gênero e de poder que existem nas relações sociais e individuais.</p>
	<p>DIREITOS HUMANOS E SAÚDE PÚBLICA: Saúde mental e AIDS: organizações não-governamentais e pessoas infectadas e afetadas se anteciparam em respostas metodologicamente criativas e efetivas, encarregando-se ainda de sua difusão. Assim, são conhecidas práticas grupais de ajuda mútua (Tribunas Livres, Recepção, Aconselhamento entre Semelhantes, Café Positivo, Grupo de Mulheres), oficinas (capacitação, autoestima, atualização, práticas de sexo mais seguro, arte), Banco de Horas (disponibilidade de rede de terapeutas) e encontros - locais, regionais e mesmo nacionais - de potencialização das pessoas e populações mais atingidas direta ou</p>

comportamentos de risco; e atualmente verifica-se que há a suscetibilidade das pessoas ao vírus, por fatores de ordem social, individual e programática, propondo o conceito de vulnerabilidade (BRASIL, 1999).

		indiretamente pela epidemia.
<i>Componente 2 - Diagnóstico e Assistência</i>		DIAGNÓSTICO LABORATORIAL E MONITORAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV: promover aconselhamento pré e pós-teste, nos serviços de saúde selecionados, nos diversos níveis de assistência do SUS em serviços selecionados e cadastrados pelas Coordenações Estaduais e Municipais de DST/AIDS (UBS-PSF; serviços de atenção à saúde da mulher; criança; adolescentes e adultos em geral).
		ACESSO A MEDICAMENTOS PARA TRATAMENTO DA INFECÇÃO PELO HIV E COMPLICAÇÕES OPORTUNISTAS: promover a redução de infecção pelo HIV e sífilis em mulheres; Oferecer assistência adequada ao parto da mulher infectada pelo HIV.
		ASSISTÊNCIA EM HIV/AIDS: implementar serviços de ginecologia, integrados ou não ao SAE, para acompanhamento ginecológico da mulher HIV+, atuando conjuntamente com o infectologista e o clínico
		DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DAS DST: um dos critérios para seleção de unidades de saúde feita pelas coordenações estaduais e municipais: tenham perfil para detectar casos assintomáticos, especialmente em mulheres (serviços que fazem atendimento ginecológico, planejamento familiar, pré-natal, prevenção do câncer cérvico uterino); Estabelecimento dos Centros de Treinamento - Mulher (CT-Mulher) como serviços que têm como objetivo o treinamento de ginecologistas e obstetras para o manejo adequado de casos de DST, HIV e AIDS. Com relação especificamente às DST, esses profissionais, ao atuarem na rede básica, deverão estar aptos a realizar o diagnóstico, o tratamento e o aconselhamento de mulheres portadoras de DST e de seus parceiros sexuais, atuando ainda na prevenção e vigilância epidemiológica. Será identificado e conveniado, pelo menos, um CT-Mulher por estado;
		PREVENÇÃO E CONTROLE DA SÍFILIS CONGÊNITA E REDUÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV: Deve-se ainda diagnosticar e tratar adequadamente a sífilis em mulheres (e parceiro) que busquem o serviço de saúde por DST, planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino, ou qualquer outro motivo, nos serviços de atenção à saúde da mulher. Para isso, é necessário que se estabeleça a plena integração de atividades com outros programas de saúde, prioritariamente os programas de saúde da mulher, da criança e do adolescente, de agentes comunitários de saúde e de saúde da família.
<i>Componente 3 - Desenvolvimento Institucional e Gestão do Programa;</i>		Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/AIDS e de outras DST; e ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico, do tratamento e da assistência em DST/HIV/AIDS, possibilitando, dessa forma, o alcance dos resultados esperados no enfrentamento da epidemia.
		Capacitação de recursos humanos dos setores públicos e privado e da sociedade civil que atuam na prevenção e controle das DST/AIDS no Brasil, assegurando o atendimento das necessidades de melhoria da prática profissional e da organização do serviço e a obtenção dos resultados preconizados pelo Programa Nacional de DST/AIDS.

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado com base na Política Nacional de HIV/AIDS.

Direcionada por estes componentes, a Coordenação Nacional de DST/AIDS, no âmbito do Programa Nacional de DST/AIDS, passou a desenvolver estratégias, nos últimos anos, que sublinharam as seguintes ações: o aconselhamento (individual e coletivo) nos serviços de saúde que prestam atendimento à mulher, notadamente os serviços de planejamento familiar, pré-natal e atendimento ginecológico; centros de testagem anti-HIV e aconselhamento em maternidades, oficinas de sexo seguro com adolescentes, repassando informações sobre transmissão e prevenção das DST/AIDS e gravidez precoce (BRASIL, 2003).

Porém, é a partir do momento que se articulam as estratégias frente à feminização da epidemia do HIV do Programa Nacional de DST/AIDS com a área programática de Saúde da Mulher que se verifica a implantação de ações de DST/AIDS nos serviços de assistência à mulher, estabelecendo ao mesmo tempo a formulação de uma política de prevenção compartilhada entre os diversos níveis gerenciais, a integração de ações conjuntas como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Profilaxia para o HIV em Situação de Violência Sexual e a pactuação entre os níveis federal, estadual e municipal nas estratégias de investimento em insumos de prevenção, tais como o preservativo masculino e feminino (BRASIL, 2003).

Com vistas a potencializar os avanços supracitados se estabelece em 2004 a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, com objetivos e estratégias frente aos fatores que contribuem para a vulnerabilidade da mulher ao HIV, como, por exemplo, a baixa escolaridade deste segmento, o que se configura como um indicador de condição socioeconômica menos privilegiada e, ainda, uma maior proporção de mulheres que apresentam como categoria de exposição para o HIV o fato de seus parceiros terem múltiplas parceiras sexuais.

Tais objetivos se configuram por meio da promoção da melhoria nas condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro. Contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie. Busca ainda ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2004).

Além disso, em seu escopo salienta que é salutar promover, conjuntamente com o PN-DST/AIDS, a prevenção e o controle das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV na população feminina através da prevenção. Busca ainda promover a atenção à saúde das mulheres em situação de prisão, incluindo a promoção das ações de prevenção e controle de doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV nessa população, ampliando o acesso e qualificando a atenção à saúde das presidiárias (BRASIL, 2004).

A partir de 2005, o Ministério da Saúde disponibiliza o manual técnico sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos, como uma prioridade do governo, salientando que as ações de planejamento familiar devem também promover a prevenção do HIV e das outras doenças

sexualmente transmissíveis (DST). No escopo deste documento assinalaram-se propostas e ações prioritárias a serem materializadas no íterim de 2005-2007, com destaque às seguintes ações: no âmbito da atenção em reprodução humana assistida na rede SUS, buscou-se estabelecer um grupo de trabalho para elaboração de uma proposta de atenção integral em reprodução humana assistida na rede SUS para os casais com infertilidade conjugal e para os casais que convivem com o HIV que desejem ter filhos. Além disso, reforçou-se programas já estabelecidos que trabalham prioritariamente com a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens, com vistas a prevenir às DST/HIV/AIDS e a gravidez precoce, englobando o gênero feminino em suas fases iniciais da vida sexual, para que assim tenham suas primeiras experiências de forma segura (BRASIL, 2005).

Na direção de articular intersetorialmente as ações no âmbito a saúde frente à problemática supracitada nesta discussão, estabeleceu-se em 2007 o *Plano Integrado de Enfrentamento da feminização da Epidemia de AIDS e outras DST*. Nesse a condição *sine qua non* para a efetividade das ações engloba: intervir junto às múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis; e o compromisso de gestores, nos âmbitos estaduais e municipais, dos profissionais de saúde e da participação ativa da comunidade para que as diferentes necessidades das mulheres sejam contempladas nos planejamentos regionais (BRASIL, 2007).

Este documento ousa ao situar a figura do homem como co-partícipe no enfrentamento a “feminização da epidemia”, devendo ser inserido nas atividades voltadas para a sensibilização e prevenção das DST/AIDS e as de enfrentamento violência contra a mulher. Nesta direção propôs versar as ações estratégicas incidindo sobre os fatores e contextos mais importantes de produção e de superação de vulnerabilidades, quais sejam: as doenças sexualmente transmissíveis - DST; violência sexual e doméstica; raça e etnia; juventude; pobreza; drogas; estigma e violação dos direitos humanos.

As metas estabelecidas por este plano problematizam questões que ganhavam emergência naquele momento: a transmissão vertical do HIV, potencializar as redes de atenção à saúde com centralidade na atenção básica, dispensação e uso de preservativo feminino, cobertura de diagnóstico precoce, acesso a serviços de ginecologia com ênfase na prevenção, empoderamento do segmento feminino com ênfase na melhor forma de negociar o uso de métodos contraceptivos e prevenção de DST (BRASIL, 2007).

O estabelecido até aqui em termos de diretrizes e estratégias nos referidos marcos documentais configuraram-se, sem dúvida, em avanços no campo programático à saúde da

mulher e na resposta a epidemia do HIV com índices crescentes neste segmento. Logo, pode-se inferir que tais proposituras incidiram na redução gradual dos casos de AIDS em mulheres e um aumento nos casos em homens, a partir de 2009¹⁴. Neste contexto, o acesso ao tratamento gratuito, que soma o uso de ARV, acompanhamento médico especializado e exames regulares tem contribuído para que pacientes com HIV não desenvolvam a AIDS.

Porém, em relação ao HIV os dados epidemiológicos não possibilitam inferir em uma redução de casos, neste corte temporal, o que levaria a reflexão dos impactos no plano operacional dos avanços programáticos. Isto pode ser justificado pelo fato de que a notificação compulsória da infecção pelo HIV data de 2014, o que também inflexiona em se ter uma análise epidemiológica mais rigorosa com relação às tendências da infecção no Brasil.

A avaliação da operacionalização do *Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST*, realizada em 2010 pelo Ministério da Saúde, abarcando 24 estados, apontou dificuldades de articulação intra e intersetorial, fragilidade de coordenações estaduais de DST/AIDS, pela falta ou rotatividade dos profissionais de saúde ou outros problemas de gestão, comprometendo o desenvolvimento do plano em alguns estados (BRASIL, 2010a). Visualiza-se, através deste documento, que em parcela significativa das unidades da federação as ações estavam direcionadas às mulheres de uma forma geral, às mulheres vivendo com HIV e às mulheres em situação de violência, havendo um volume menor de ações voltadas para os grupos de mulheres contemplados nas agendas afirmativas, cujas pautas incluem mulheres profissionais do sexo, mulheres que fazem sexo com mulheres e mulheres transexuais. Nesta direção, a análise situacional do plano, referente ao recorte temporal, apontou que

as ações para as mulheres vivendo com HIV/AIDS são insuficientes em volume e abrangência. Há serviços especializados em HIV/AIDS que ainda não contam com ginecologistas. Nas unidades de atenção básica, por causa do volume de atendimento e a rotinização de algumas atividades, como atenção à gravidez, parto, puerpério, contracepção e realização de Papanicolau, existe uma aparente resistência na incorporação de tecnologias novas, como o aconselhamento e a abordagem da sexualidade, ao lado da persistência de mitos e preconceitos relativos à epidemia e seus portadores. Isso torna difícil o atendimento das mulheres vivendo com HIV/AIDS, o que requer maiores esforços de integração técnica e programática (BRASIL, 2010a, p. 12).

O aconselhamento e a abordagem da sexualidade são ações importantes no contexto da mulher que vive com HIV. Como já apontado nesta discussão, o que envolve a figura da mulher numa sociedade tão desigual quanto a brasileira a torna mais vulnerável a infecções

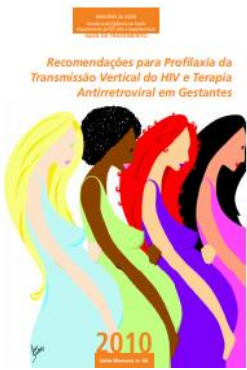
¹⁴ Dado retirado do Boletim Epidemiológico de HIV e AIDS de 2018.


sexualmente transmissíveis como o HIV e ao desenvolvimento da AIDS. Além disso, o ser mãe a estas mulheres esta aglutinado a expor a criança ao HIV - seja durante a gestação, no trabalho de parto e no parto propriamente dito, ou através da amamentação, com risco acrescido de transmissão entre 7% e 22% a cada exposição (mamada) - sem o acompanhamento efetivo, estas crianças desenvolvem a condição HIV e em alguns casos até a AIDS.

Os índices de transmissão vertical do HIV revelam que os principais fatores que dificultam a diminuição das taxas nacionais são: o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na gestação, a baixa adesão às recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde (a exemplo dos que não oferecem a sorologia para o HIV durante o pré-natal nos períodos recomendados) e a qualidade da assistência, principalmente nas regiões com menor cobertura de serviços e menor acesso à rede de saúde (BRASIL, 2010b).

Os esforços envidados a partir de 2010 deveriam focar, diante do quadro apresentado, na integração técnica e programática. Com vistas a potencializar as ações no plano operacional, instituem-se recomendações e novos protocolos clínicos e suas respectivas diretrizes terapêuticas - PCDTs para direcionar os profissionais em suas intervenções cotidianas na direção da humanização e na oferta de serviços de qualidade, que contribuam também com a prevenção e promoção da saúde do gênero feminino que vivem com HIV. Dentre eles, destacam-se os seguintes documentos:

Quadro 3: As principais Recomendações e Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas que englobam a saúde da mulher que vivem com HIV.

	<p>Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes (2010) - Objetivo: fornecer ao profissional de saúde recomendações atualizadas e baseadas nas melhores evidências científicas disponíveis, de modo sistemático e transparente, as quais sustentam as recomendações de diagnóstico, manejo e tratamento propostos por este manual.</p> <p>As recomendações se dão no âmbito da:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saúde sexual e reprodutiva; • Abordagem diagnóstica da infecção pelo HIV na gestação/ Abordagem da gestante infectada pelo HIV/ Aconselhamento e uso de testes rápidos no parto e puerpério; • Profilaxia da transmissão vertical do HIV no parto/ Manejo obstétrico e vias de parto/ Situações especiais no período gestacional e parto/ Profilaxia da transmissão vertical do HIV no puerpério; • Cuidados com o recém-nascido/ Quimioprofilaxia antirretroviral no recém-nascido/ Imunizações preconizadas nas crianças expostas ao HIV; • Vigilância epidemiológica do HIV em gestantes e crianças expostas.
---	--

	<p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (Publicado em 2013 e atualizado em 2018) - Objetivo: oferecer recomendações atualizadas para prevenção da transmissão, tratamento da infecção e melhoria da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV.</p> <p>As recomendações se configuram, principalmente, em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rede e cuidado integral; • HIV e abordagem da Pessoa que vive com HIV; • Tratamento antirretroviral; • Comorbidades não infecciosas relacionadas ao HIV; • Coinfecções; • Infecções oportunistas.
	<p>Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica Manual para a equipe multiprofissional (2015) – Objetivo: Colaborar com o processo de implantação do cuidado compartilhado em nível local, com recomendações simples, passíveis de serem prontamente aplicadas por profissionais das equipes multiprofissionais da Atenção Básica no cuidado integral às Pessoas que vivem com HIV e a Aids, tanto as que estão sendo acompanhadas nos SAE como as que estão em seguimento na Atenção Básica.</p> <p>As recomendações se configuram, principalmente, em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento/ prevenção/ diagnóstico/ notificação/ Tratamento/ Adesão; • Saúde mental/ Nutrição e atividade física; • Transmissão vertical; • Sigilo/ Direitos da PVHA.
	<p>Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2018) – Objetivo: orientar o manejo das mulheres e suas parcerias sexuais quanto às infecções sexualmente transmissíveis (IST) de potencial transmissão vertical, tratando especialmente da saúde sexual e reprodutiva para a população vivendo com HIV e do uso de antirretrovirais e demais agentes anti-infecciosos para prevenção e tratamento das IST, especialmente da sífilis, das hepatites virais (B e C) e da infecção pelo HIV, nas mulheres gestantes e crianças expostas.</p> <p>As recomendações no que concerne à TV do HIV, se configuram em:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abordagem diagnóstica da infecção pelo HIV na gestação, parto e puerpério; • Abordagem inicial da gestante infectada pelo HIV; • Preparação da gestante vivendo com HIV/AIDS para o tratamento; • Tratamento antirretroviral na gestação: princípios, indicações, monitoramento, manejo de eventos adversos e complicações (sífilis); • Profilaxia de infecções oportunistas na gestante vivendo com HIV/AIDS; • Coinfecções na gestante vivendo com HIV/AIDS; • Manejo das intercorrências obstétricas nas gestantes vivendo com HIV/AIDS; • Manejo obstétrico e vias de parto na gestante vivendo com HIV; • Uso de terapia antirretroviral como profilaxia da transmissão vertical do HIV no parto; • Manejo da mulher vivendo com HIV no puerpério; • Manejo clínico do recém-nascido exposto ao HIV.

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M.P. M. Adaptado a partir dos documentos (Protocolos) do Ministério da Saúde.

Depreende-se do quadro que em um plano programático estão fincadas as bases para o aprimoramento das ações de saúde pública, como resposta à epidemia do HIV e a epidemia da AIDS e aos índices de mulheres e gestantes que vivem com HIV. Diante das

normalizações técnicas e legislações refletiu-se que tais documentos acompanharam o dinamismo que epidemia vem apresentando no país, seja na mudança de nomenclaturas, seja no direcionamento das ações pela via da humanização e inclusão, abarcando intervenções sobre os fatores que levam a determinado segmento a maior vulnerabilidade ao vírus HIV e a manifestação da doença AIDS.

Ademais, aponta-se que a disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e material técnico formam a base para a atuação profissional ética e competente. Com o direcionamento advindo dos protocolos e diretrizes terapêuticas, que refletem em condutas padronizadas, as quais possuem evidências de sua efetividade, pode-se alcançar a redução significativa da epidemia do HIV, nos segmentos mulher, gestante e criança exposta.

Enfim, ratifica-se que investir em mecanismos de prevenção é condição *sine qua non* no tocante ao enfrentamento da epidemia. Sendo assim, potencializar as ações em nível local - organizando a rede assistencial, incluindo serviços de referência e de contrarreferência, na medida em que há risco de perda de seguimento ou de demora nas tomadas de decisão quanto à terapêutica ou profilaxia.

Capítulo 2

Gestar com hiv: o
enfrentamento à transmissão
vertical do hiv na atenção
primária

CAPÍTULO II – GESTAR COM HIV: O ENFRENTAMENTO À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A expansão da epidemia do HIV/AIDS na população feminina acarretou o aumento dos casos de AIDS em crianças adquiridos pela transmissão vertical do HIV.

Centro de Referência e Tratamento DST/AIDS. Ano 27, nº 1(2010).

Como a mulher que vive com HIV vivencia seu direito a maternidade? Conceber uma vida vivendo com HIV deve ser algo que traz profundas inquietações e medos. Diante desse argumento, e cientes de que avanços acerca do enfrentamento à transmissão vertical do HIV encontram-se presentes através da política pública de saúde em nosso país, é que se irá discorrer acerca das Redes de Atenção à Saúde concebendo-as, mesmo cientes das fragilidades do SUS, como uma estratégia de garantia do direito à saúde à gestante HIV, por meio da Atenção Primária.

A partir dessa concepção faz-se necessário conhecer a Secretaria Municipal de Saúde da cidade de Manaus, a cobertura da atenção primária no município e a organização dos serviços à pessoa que vive com HIV. Problematizar o caminho que a gestante HIV percorre para ter acesso à assistência é necessário e tal análise permitirá contribuir para propostas de linhas de cuidados a este segmento no município com o objetivo principal de prevenir a transmissão vertical do vírus.

2.1 As Redes de Atenção à Saúde: uma estratégia de garantia do direito à saúde à gestante com HIV por meio da Atenção Primária

O horizonte de enfrentamento à transmissão vertical do HIV passa, necessariamente, por uma mediação efetiva do Sistema Único de Saúde plasmado naquilo que os marcos legais e regulamentares definiram como *atenção primária à saúde*. Nesse sentido, e tendo presente o Distrito Sul de Saúde da cidade Manaus como *locus* prevalente da presente pesquisa, faz-se necessário, primeiramente, uma abordagem sobre o estágio de implementação das políticas de saúde que se atrelam à atenção primária, de modo geral, e, posteriormente, à proteção da transmissão vertical do HIV.

Ainda que esteja positivado, o direito à saúde como direito fundamental na Constituição de 1988, esta não estabeleceu – e por regra não deveria mesmo fazê-lo – os detalhes de como, na prática, dever-se-ia efetivar tal propositura. Nesse documento consta, nos artigos de 196 a 200, o estabelecimento da saúde como um direito, devendo ser

materializado pelo poder público, na figura do Estado, através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, garantindo ainda o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação do bem-estar. Além disso, a mesma Constituição versa sobre o Sistema Único de Saúde – SUS, suas diretrizes e competências, financiamento e participação complementar da iniciativa privada (BRASIL, 1988).

Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde se firma como fator decisivo de ação estatal no cumprimento do imperativo legal de garantia da saúde dos indivíduos. A legislação subsequente, que regulamenta e normatiza o SUS, evidenciou a descentralização e a delegação de competência aos entes federados que, atuando em conjunto, são responsáveis pela gestão do sistema. Por meio da descentralização, mais que garantir a autonomia na gestão financeira dos recursos destinados às políticas de saúde pública, objetiva-se também o fortalecimento de ações e programas locais, com alvo no atendimento das demandas mais capilarizadas dos usuários, de acordo com as características das diversas regiões do país.

No âmbito da descentralização, os municípios são figuras destacadas em razão, prioritariamente, de serem eles a fração mínima da divisão política da federação, mas, além disso, por possuir, pela razão anterior, a capacidade de abarcar as reivindicações de saúde mais localizadas e, além do mais, atuar diretamente na atenção à saúde básica. Nesse cenário, segundo o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Nº 8.080/1990, a descentralização deve promover uma verdadeira “articulação interfederativa”, razão pela qual o sistema se apresenta como uma “conjugação das ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada.”

No escopo do Decreto 7508/2011 estão previstas as formas de articulação interfederativa e intergestão do SUS com vistas a uma maior flexibilidade e dinamicidade na atuação do Estado para a promoção da saúde e do bem-estar. A figura das “Comissões Intergestores”, nesse sentido, é uma ferramenta útil para a realização dos objetivos preconizados pelo decreto. Compõem as referidas comissões, as seguintes entidades: a Comissão Intergestores Tripartites (CIT), integrada por gestores do SUS das três esferas de governo, a Comissão Intergestores Bipartites (CIB), constituídas, paritariamente, por representantes do governo estadual, indicados pelo Secretário de Estado da Saúde, e dos secretários municipais de Saúde, indicados pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde

(Cosems) e, por fim, a Comissão Intergestores Regional (CIR), órgão colegiado não paritário vinculado às secretarias estaduais de saúde (BRASIL, 2011).

O estado do Amazonas é constituído por nove (9) Colegiados Intergestores Regionais, sendo que Manaus, Entorno e Alto Rio Negro (CIR/MEARN/AM) compõem um dos referidos colegiados. Nesse órgão, a SEMSA possui assento permanente (AMAZONAS, 2020). Como o CIR compõe a estrutura da articulação interfederativa, por meio das comissões intergestoras, pode-se, portanto, concluir que a cidade de Manaus-AM, ao menos em tese, possui espaço de discussão das políticas de saúde e integra o fórum de articulação com capacidade para intervir diretamente no processo de formulação e implantação das ações em defesa da saúde. Além disso, segundo a Portaria nº 399/2006, que divulga o pacto pela saúde, na intergestão regional a tomada de decisão deverá ser *por consenso, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados* (BRASIL, 2006).

O pacto consensual, dessa forma, constitui tanto o mecanismo político por excelência da democracia como a forma desejável de ajuste regulatório e operacional das políticas e das ações de prevenção e manutenção da saúde dos usuários. Além disso, por se efetivar no âmbito local-regional, esse colegiado também pode vislumbrar as idiossincrasias das localidades, as demandas por serviços e atuar com base nessas reivindicações. Por fim, o mesmo, ainda pode, a partir de estudos locais, direcionar as políticas e ações para focos específicos, como, por exemplo, doenças endêmicas, persistentes ou emergentes (BRASIL, 2011).

Em todos os cenários, a atenção primária à saúde deve ser prioridade. Essa é a razão pela qual o decreto 7580/2011, artigo 20, estabelece que: “A integralidade da assistência à saúde se inicia e se completa na Rede de Atenção à Saúde, mediante referenciamento do usuário na rede regional e interestadual, conforme pactuado nas Comissões Intergestores.”. As redes de atenção à saúde (RASs), portanto, são os conjuntos de ações e serviços oferecidos de forma hierarquizada de acordo com o grau de complexidade dos demandantes. As RASs demonstraram ser, em diversos países do mundo e por meio de evidências, as “poções” mais sistemáticas na melhora dos resultados sanitários e econômicos dos sistemas de atenção à saúde (MENDES, 2011).

As RASs podem ser definidas como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a

determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população (MENDES, 2011, p. 82).

O caráter cooperativo ganha destaque na configuração da RASs, assim como o direcionamento por alcançar uma melhor qualidade da atenção, cujo fim é a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN e HAM, 2008). Para tanto, necessita-se a mudança dos sistemas piramidais e hierárquicos ainda persistentes no SUS.

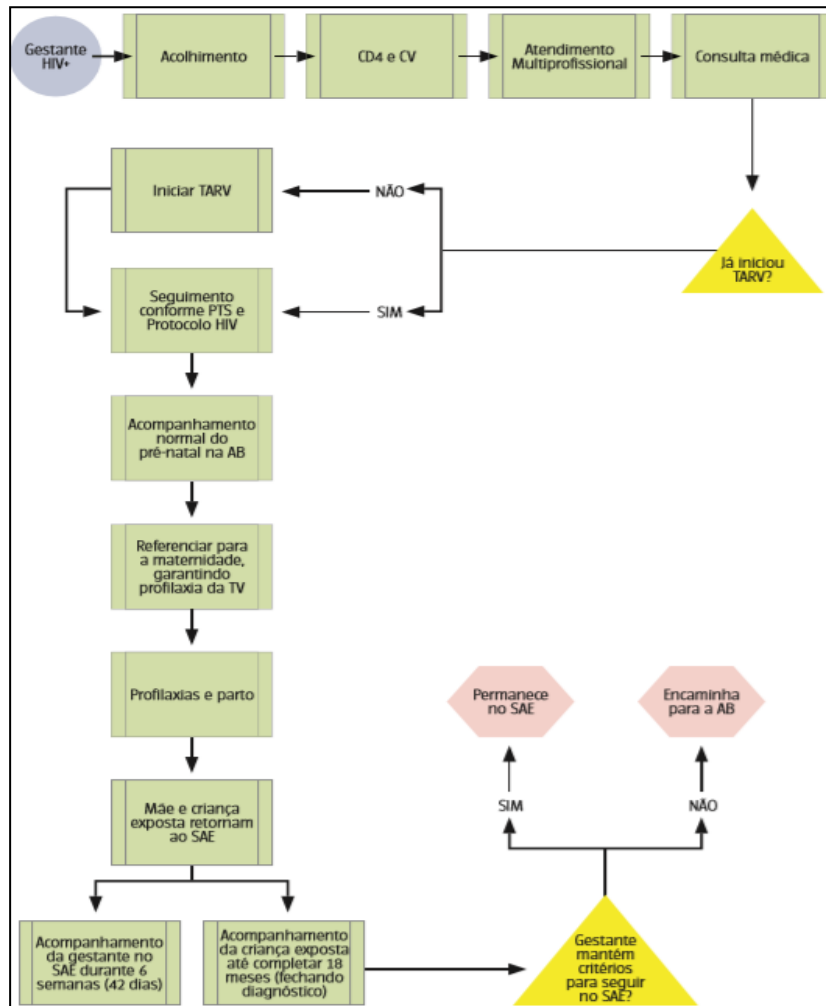
Nesse sentido, as RASs são delineadas por três elementos fundamentais: uma população, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde, sendo que o centro de comunicação neste modelo a atenção primária em saúde. Tal canal ganha potencialidade devido à proximidade que estabelece junto ao território/população adscrita, revelando um maior potencial de relacionamento com estes sujeitos. Além disso, uma RAS compõe ainda os pontos de atenção à saúde secundários e terciários; os sistemas de apoio (sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistema de informação em saúde); os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistemas de transporte em saúde); e o sistema de governança (MENDES, 2011).

Em se tratando do Sistema Único de Saúde é indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos coletivos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional. Para tanto, é necessária a eliminação de barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado – ligados por corredores virtuais que ultrapassem, de fato, as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados (MENDES, 2011).

No contexto das RASs, os Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas são mecanismos salutareos, pois estabelecem critérios para o diagnóstico, tratamento e demais produtos e procedimentos a serem seguidos pelos gestores do Sistema Único de Saúde. Além disso, as linhas de cuidado ganham relevo nesta configuração, uma vez que objetivam organizar estrategicamente a atenção integral e longitudinal à saúde nos diferentes pontos da atenção da RAS. Sendo assim, as linhas de cuidado expressam-se através dos fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. O desenho traçado por elas permite visualizar o itinerário do usuário, o caminho que

percorre para ter acesso à saúde de forma integral, incluindo também as demais políticas públicas (SILVA, *et al*, 2016). Para se ter uma elucidação desse traçado, veja-se a figura a seguir que exemplifica o percurso da Gestante HIV nos equipamentos de saúde de referência:

Figura 1: Linha de Cuidado Gestante - Prevenção da Transmissão Vertical do HIV



Fonte: Brochura 5 passos para a construção das de Linhas de Cuidados para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Cabe ratificar que as Linhas de Cuidado foram suscitadas pela Portaria nº 4.279/2010c, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde. Nesse documento, as linhas de cuidado são conceituadas sob a forma de “articulação de recursos e [de] práticas de produção de saúde”, com vistas à maior eficácia dos processos clínicos e terapêuticos, além de preconizar sua implantação a partir das unidades atenção primária à saúde (APS), as quais são responsáveis pela “coordenação do cuidado e ordenamento da rede”. Logo, não se pode limitar as linhas de cuidado nos processos de referência e contrarreferência. No traçado das linhas, tais ações estão intrínsecas e os protocolos não são abordados como algo engessado, pois se reconhece nesta ferramenta que

os gestores dos serviços podem pactuar fluxos, reorganizando o processo de trabalho, a fim de facilitar o acesso do usuário às unidades e serviços de saúde que necessita (FRANCO & FRANCO [data desconhecida]).

A APS, nesta configuração, passa a ser compreendida como foco prioritário de prevenção e difusão de práticas de saúde, dada a possibilidade de atuação locorregional e efetivo atendimento das demandas sanitárias da população. Em razão desse pressuposto, a APS se apresenta, dentro do escopo da presente pesquisa, como o espaço imprescindível para o enfrentamento da transmissão vertical do HIV, justamente pela atuação em rede que subjaz ao próprio dimensionamento da APS. Ora, sendo atenção primária responsável por implantar as linhas de cuidado e coordenar a efetividade das ações de promoção de saúde, é justificado considerá-la como a instância capaz de enfrentar, de forma assertiva, a transmissão vertical do HIV.

Naturalmente, tal enfrentamento pressupõe uma atuação em rede, conforme o preconizado pela legislação no que tange às RASs. Nesse sentido, é de se reconhecer que a atenção primária condensa a um só tempo a atuação em rede e materializa as linhas de cuidado propostas pelos códigos legais do SUS, uma vez que, de acordo com a Portaria nº 2.488/2011, a atenção básica deve:

Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que a programação dos serviços de saúde parta das necessidades de saúde dos usuários.

Nesse aspecto, como núcleo maximamente descentralizado, a APS “organiza as necessidades” da população local, ordenando, desse modo, a própria rede de saúde. Essa ação articulada permite à APS atender o objetivo de prover a todos o acesso integral ao sistema de saúde, nos diversos níveis de complexidade exigidos. Isso porque a atuação em rede está organizada *através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida* (MENDES, 2011, p.50). Na visão do autor citado, foi justamente a prevalência dos sistemas fragmentados de atenção à saúde que explicariam os *parcos resultados sanitários obtidos no controle das condições crônicas pelo SUS* (MENDES, 2011, p.52). Contra esse estado de coisas acenado por Mendes, por exemplo, o fortalecimento da APS é fator decisivo para o tratamento e manutenção da saúde da população, em geral, e das pessoas que vivem com HIV, em particular.

Desse modo,

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. Caracteriza-se pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da APS como primeiro nível de atenção, enfatizando a função resolutiva dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção (BRASIL, 2010c, p. 4).

A partir da supramencionada portaria n. 4.279 de 2010c, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) definiu, em 2011 e 2012, as seguintes temáticas das Redes de Atenção à Saúde: 1) Rede Cegonha, 2) Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), 3) Rede de Atenção Psicossocial (Raps), 4) Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência e 5) Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas. A cada um dos eixos temáticos correspondem, portanto, formas de governança e gestão de acordo com a estruturação do próprio Sistema, advindos do decreto 7508/2011, tendo como ponto fulcral a APS.

Como ficou dito acima, as RAS apresentam três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. O primeiro dos elementos – a população – não pode ser tomada apenas como uma entidade demográfica ou estatística. População são as pessoas reais que demandam por serviços junto aos estabelecimentos de promoção da saúde. Cada rede temática, desse modo, busca compreender o máximo possível de situações reais dos indivíduos que estão adscritos aos núcleos da atenção primária. O modelo de redes temáticas não pode se confundir com uma abordagem seletiva a partir de demandas setoriais. Os modelos apresentados pela CIT não são ossificados (MENDES, 2011).

Os modelos descentralizados – tais como o que se verificam no sistema das RASs – possuem, além dos benefícios já destacados, uma destinação social importantíssima. Dado que a saúde é um bem social, tutelado legalmente pelo poder público, primeiro na Constituição Federal e mais ainda nos códigos infraconstitucionais, a disponibilidade desse mesmo bem estará eficazmente mais distribuída quando se pressupõe as demandas reais de sujeitos reais. Nesse sentido, as redes são, ao mesmo tempo, sistemas de seguridade e redução das desigualdades sociais, uma vez que o acesso ao Sistema é, por meio da atuação em rede, mais facilitado e distribuído, focalizado em reivindicações reais. Desse modo, o modelo RASs possui um componente político indissociável. Isso não significa dizer que tanto o modelo de redes como as redes temáticas não estejam sujeitos à crítica e à reformulação política. Somente a experiência cotidiana de usuários e profissionais de saúde, aliados à

pesquisa técnica de gestão poderá qualificar cada vez mais o Sistema como o dispensador e mantenedor do bem social em tela – a saúde.

Como já explicitado nesta discussão, as RASs frente à questão do HIV constituem um mecanismo para minorar o índice crescente de novos casos de HIV e de AIDS e quiçá erradicar os casos de transmissão vertical do vírus. Como sistemas de seguridade e redução das desigualdades, as RASs abarcam as múltiplas vulnerabilidades: individual, social e programática¹⁵ - as quais corroboram na exposição de determinadas populações ao risco a doenças. Porém, a vulnerabilidade que permeia o cotidiano dos cidadãos brasileiros acirra-se num contexto de profunda desigualdade social que persiste no país, e a produção e a reprodução deste contexto recaí sobre a política de saúde e a consolidação da estratégia supracitada incisivamente.

Vieira *et al* (2014, p. 197) corrobora com o exposto ao afirmar que

[...] a AIDS é uma epidemia que expõe a exploração decorrente das relações capitalistas, pois a prevenção e a vivência com HIV dependem em grande medida, do acesso a serviços de saúde, insumos, informações, medicamentos. Nessa perspectiva, o que deveria ser direito universal à saúde é convertido em espaços de produção de lucros, num processo de privatização que tem se intensificado nas últimas décadas. Revela, também, a manutenção da opressão, decorrente das relações patriarcais, na medida em que a prevenção é associada à normatização e controle da sexualidade, pela igreja, pelo Estado e pelas famílias.

Garantir o acesso à saúde universal e integral tem se configurado, desde a consolidação do SUS, em uma série de desafios, alguns deles já apontados no primeiro capítulo desta discussão. Neste recorte das RAS e da atenção primária é imprescindível problematizar, a partir a reflexão de Vieira *et al*, mesmo que de forma sucinta, as desconfigurações nos documentos que norteiam as ações de saúde na Atenção Primária no SUS. Os efeitos destas mudanças ainda são incertos, mas prenúncios de redução da cobertura da assistência aos cidadãos, por exemplo, já podem ser vislumbrados e recairão danosamente na vida destes sujeitos, incorrendo também em uma maior dificuldade de acesso à gestante HIV ao pré-natal e, por consequência, na estabilização dos índices de TV do vírus.

Melo, *et al*. (2018), ao analisarem as alterações nos dispositivos da Política Nacional de Atenção Básica em 2017, trazem elementos que direcionam a compreensão de que tais mudanças se deram em meio a interesses divergentes do que a proposta do SUS, de ideais sanitaristas,

¹⁵A vulnerabilidade individual compreende os aspectos biológicos, emocionais, cognitivos, atitudinais e referentes às relações sociais. A social é caracterizada por aspectos culturais, sociais e econômicos que determinam as oportunidades de acesso a bens e serviços. A vulnerabilidade programática refere-se aos recursos sociais necessários para a proteção do indivíduo a riscos à integridade e ao bem-estar físico, psicológico e social (Ayres *et al*. 2006 *Apud* RODRIGUES E NERI, 2012).

preconiza. Isso pode ser constatado pelo fato de estas modificações serem engendradas em uma conjuntura de crise política e econômica que o país vem enfrentando expressivamente a partir de 2015. Em seus resultados e análises os autores denotam, entre outras questões, que algumas discontinuidades se materializarão na diminuição do quadro de Agentes Comunitários de Saúde – ACSs, na modificação de seu perfil e no desmonte da Estratégia Saúde da Família (responsável pela ampliação do acesso de primeiro contato e de mudança no modelo assistencial no país).

Além disso, a discussão que culminou nas diversas modificações da PNAB, segundo o presidente à época do CNS, Ronald Santos, foi alicerçada na Comissão Tripartite, no âmbito da gestão, não sendo enviada ao Conselho Nacional de Saúde nenhuma versão oficial da minuta. Por conseguinte, a proposta foi lançada para consulta pública, tendo apenas dez dias para contribuições. Tal situação revela que a sociedade civil e os trabalhadores pouco puderam contrabalancear o documento no que concerne ao amadurecimento da proposta (REVISTA CONSENSUS, 2017)

Entidades representativas, como Abrasco, Cebes, ENSP/Fiocruz, também se posicionaram contra a revisão da PNAB nestes moldes, justificado pela complexidade e diversidade da política de Atenção Básica e seus impactos assistenciais e financeiros para o SUS, especialmente no âmbito dos municípios e Distrito Federal (REVISTA CONSENSUS, 2017). Ao contrário, o presidente do Conasems à época, Mario Junqueira, posicionou-se totalmente a favor as mudanças e do modo como o processo se deu, afirmando que *nenhuma política é boa o suficiente a ponto de não precisar ser modificada ao longo do tempo (...) a diversidade do país obriga a propor mudanças e reconhecer modelos* (IBIDEM, p.12).

Como se verifica, os embates entre as entidades foram inerentes, o que ocasionou a cisão, naquele momento, dos atores que deveriam democraticamente discutir em prol do mesmo objetivo, que era o de aprimorar o conquistado preambularmente, minorando os problemas, limites e desafios existentes, do que correr o risco de configurar “novos modelos” em detrimento da ESF. O caminho foi aberto e, em 2019, quando a crise política e econômica do país toma maiores proporções, fato atrelado ao atual governo de Jair Messias Bolsonaro e sua cúpula, verifica-se uma busca incessante por continuar a desconfiguração da APS. A “reconfiguração” proposta, neste período, veio acompanhada de características de muito já conhecidas, como a seletividade e a focalização, e, em alguns momentos, pendendo à seleção natural e a meritocracia. Desta vez buscou-se focar nas exigências para o financiamento da APS, o qual seria disponibilizado conforme o número de usuários cadastrados pelas equipes de saúde e o trabalho realizado por elas. Ressalta-se que a análise do trabalho realizado por essas equipes seria mensurado através de indicadores como: qualidade do pré-natal e controle de diabetes, hipertensão e infecções sexualmente transmissíveis, a informatização das

unidades, expansão dos horários de atendimento, formação especializada em saúde da família e ações de promoção à saúde (BOLETIM, 2019).

Sabe-se que reduzir o acesso e o repasse de recursos a somente pessoas cadastradas ameaçará o princípio da universalidade, coluna de sustentação do SUS. Além disso, culminará no enfraquecimento do modelo de base territorial e da responsabilidade sanitária das equipes por sua área geográfica de abrangência. O inchamento dos demais níveis se intensificará. E toda esta situação vem atrelada a um desemprego estrutural que ganha proporções substanciais em tempos hodiernos, levando muitos sujeitos, que pagavam por planos de saúde privados, a retornarem para o SUS e para suas portas de entrada. É fato que não está se negando a importância do cadastro, pois este se configura como uma ferramenta importante no mapeamento e reconhecimento das famílias e de suas demandas, mas não como condição *sine qua non* para o acesso ao serviço, pois não há recursos humanos e materiais suficientes para cadastrar todos os cidadãos, e as falhas serão inerentes, assim como os erros de preenchimento e duplicidade dos dados (BOLETIM, 2019).

Os limites impostos pelas novas configurações da APS recairão incisivamente na população mais pobre, sem acesso à informação. As pessoas com HIV, já tão fragilizadas e vulneráveis, que no mais das vezes têm seus direitos violados pelo preconceito, estigma e pobreza se verão perdidas e desassistidas se vigorarem literalmente tais proposituras burocráticas. A pessoa com HIV, em muitos casos, prefere realizar o acompanhamento da condição e tratamento em equipamentos de saúde de outros territórios, por receio da família ou comunidade descobrir sua condição. Esses sujeitos, ao buscarem o atendimento, o receberão?

A gestante HIV, por exemplo, que realiza o pré-natal na unidade básica de saúde e o acompanhamento da condição no SAE, que pode também ser no âmbito da APS, terá que ser cadastrada nos dois equipamentos, pois se sabe que a informatização não é uma realidade homogênea nas unidades. Manter o seguimento do pré-natal pode ser um desafio para essas mulheres. Caso haja a perda do seguimento, o que isso acarretará para a unidade e até que ponto prejudicará o acesso futuramente desta mulher com HIV ao equipamento de saúde? Sabe-se que muitas vezes realizar a busca ativa desta usuária foge da competência da equipe, pois há uma demanda significativa e nova que se apresenta todos os dias nas unidades da APS, sendo assim, esta gestante HIV que abandona o seguimento se perde em meio ao cotidiano. Mas tal complexidade enfrentada pelo equipamento não exime a responsabilidade dos profissionais em identificar tal usuária, pois ela é o ponto fulcral na prevenção da transmissão vertical do vírus.

Diante de tal cenário resistir aos retrocessos e consolidar as redes de atenção à saúde é primordial, identificar os pontos de avanços materializados em documentos, ações e serviços no âmbito da saúde que direcionam o cotidiano dos serviços na APS é imprescindível, tanto para vislumbrar possibilidades frente as mudanças que se avizinham como para garantir o acesso da gestante HIV à assistência integral à saúde durante o pré-natal, o parto e puerpério como estratégia pactuada para diminuir o risco de transmissão vertical do HIV. Alguns documentos ganham destaque no direcionamento de ações e serviços frente à TV do HIV na APS e nos demais níveis de complexidade do SUS: o Pacto pela Saúde (2006) em seu eixo, o Pacto pela vida, aponta a redução da mortalidade materna e infantil como uma das prioridades básicas para a redução das taxas de transmissão vertical (TV) do HIV¹⁶ e da Sífilis (BRASIL, 2007).

Ulteriormente, destaca-se o Protocolo para a Prevenção Vertical de HIV e Sífilis (2007), propondo-se a contribuir para a melhoria da qualidade na atenção de mulheres com HIV e Sífilis e de crianças expostas, com vista a reduzir na diminuição dos índices de transmissão vertical do HIV e a eliminação da sífilis congênita como um problema de saúde pública (BRASIL, 2007). Por conseguinte, no ano de 2010, apresentaram as Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, problematizando a questão dos direitos reprodutivos e salientando as responsabilidades dos níveis de atenção à saúde junto à mulher HIV, à gestante HIV e à criança exposta, uma vez que as lacunas na rede de serviços como o diagnóstico tardio da infecção pelo HIV na gestação, a baixa adesão as recomendações técnicas por parte dos serviços de saúde (a exemplo dos que não oferecem a sorologia para o HIV durante o pré-natal nos períodos recomendados) e a qualidade da assistência, principalmente nas regiões com menor cobertura de serviços e menor acesso a rede de saúde, corroboravam com a persistência dos casos de TV do HIV (BRASIL, 2010b).

Em 2011 institui-se a Rede Cegonha, com vista a assegurar a atenção à saúde em novos moldes para o trinômio mãe-pai-bebê, principalmente na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, especialmente nos dois primeiros anos de vida da mesma, fortalecendo ainda a atenção básica na perspectiva de rede de atenção integrada (BRASIL, 2013). O modelo supracitado, atualmente implantado nos

¹⁶A transmissão vertical do HIV ocorre através da passagem do vírus da mãe para o bebê durante a gestação, o trabalho de parto, o parto propriamente dito (contato com as secreções cérvico-vaginais e sangue materno) ou a amamentação, sendo que cerca de 35% dessa transmissão ocorre durante a gestação, 65% ocorre no peri-parto e há um risco acrescido de transmissão através da amamentação entre 7% e 22% por exposição (mamada) (BRASIL, 2007).

diversos estados brasileiros, configura-se como uma rede temática prioritária das redes de atenção à saúde no SUS (BRASIL, 2014).

Sendo assim, verifica-se, através desses documentos que as situações envolvendo gestantes HIV exigem a articulação e interação de vários serviços: as unidades básicas de saúde, responsáveis pelo acompanhamento do pré-natal; os serviços de atenção especializada às pessoas que vivem com HIV, responsáveis pelo manejo da retrovírose na gestante, parceiro e acompanhamento posterior da criança; maternidades, responsáveis pelo acolhimento das gestantes HIV e realização das medidas profiláticas para redução da transmissão vertical.

O exposto anteriormente constitui uma síntese da integração necessária entre a RAS e a atenção primária à saúde quando se tem por foco a necessidade de estabelecer um marco diretivo para a consolidação do enfrentamento à transmissão vertical do HIV. O que se procurou destacar nesse presente tópico foi, justamente, a possibilidade de se efetivar uma contenção da transmissão vertical por meio da Atenção Primária integrada à Rede de Atenção à Saúde. Nesse sentido, há que se corroborar as proposições legais que identificam a APS como a conjugação e articulação de serviços com capacidade de operar as RASs e ofertar aos usuários/cidadãos o acesso integral à saúde.

O primeiro passo na construção social da APS é estabelecer a estrutura da demanda por cuidados primários. Sabe-se que a demanda na APS é complexa, por suas dimensões quantitativa e qualitativa e por sua diversidade, mas, em geral, não há uma visão mais profunda e sistematizada sobre os problemas que chegam às unidades de cuidados primários (BRASIL, 2015, p.31).

Conforme ficou assegurado na citação apresentada, a APS deve ser produto de construção social e, por isso mesmo, coletiva. Não se pode pretender propor soluções em saúde para problemas apenas no nível teórico. No mesmo contexto, a rede temática – Rede Cegonha – firmada dentro dos marcos de descentralização do SUS, aparece como uma porta acesso essencial à gestante com HIV e ao enfrentamento da transmissão vertical do HIV. Os aspectos operacionais da rede e seu alcance empírico serão abordados nas fases subsequentes do presente trabalho. Como assegurado, o afã de descentralização do sistema, com a atuação dos vários entes da gestão da saúde pública, tem o município como ente imprescindível para a boa execução na oferta dos serviços. Contudo, sem considerar a realidade locorregional dos demandantes, o Sistema não poderá responder efetivamente às necessidades na promoção e manutenção da saúde.

Para tanto, as Redes de Atenção à Saúde se colocam como estratégia para minorar os gargalos supracitados no SUS, e os impactos poderão ser visualizados, principalmente, em

termos orçamentários, já que as tecnologias leves ganham relevo no processo de trabalho dentro das Redes e ainda se preza pelo fortalecimento da prevenção de agravos tendo como centro a atenção básica. Porém, tal estratégia se apresenta em processo de consolidação, entre os avanços e recuos do SUS, e de acordo com Mendes (2010) as experiências sobre o tema em escala são parcas, não se verificando avaliações robustas.

No delineamento subsequente, abordar-se-á a estruturação da Secretaria Municipal de Saúde da cidade Manaus-AM, enfocando prevalentemente os aspectos da gestão e da distribuição dos serviços de saúde de atenção primária de responsabilidade da prefeitura de Manaus. Além disso, apresentar-se-ão os dados empíricos que podem ser lidos como indícios do alcance, ou não, da atenção primária à saúde manauara no enfrentamento da transmissão vertical do HIV. O próximo tópico, por isso, é situacional e descritivo do *locus* no qual a presente pesquisa se realizou.

2.2 A cobertura da atenção à saúde no âmbito da SEMSA: elementos para problematizar o cuidado em saúde à gestante HIV

O Sistema Único de Saúde, em um de seus princípios basilares, propõe a descentralização político-administrativa. Sendo assim, tornou-se inerente, a partir de 1988, o processo de transferência de responsabilidades do nível central para o nível local na seara da saúde, pressupondo a definição de novas competências para os entes federados envolvidos, bem como a organização de novas estruturas administrativas, buscando-se manter a autonomia e interdependência das esferas envolvidas (SPEDO, *et al.*, 2009).

A lei 8.080/1990, marco regulatório do SUS, ratifica que a descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo, compreende a ênfase na descentralização dos serviços para os municípios e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde, cabendo a direção nacional promover a descentralização para as Unidades Federadas e para os Municípios, dos serviços e ações de saúde, respectivamente, de abrangência estadual e municipal e à direção estadual a descentralização para os Municípios dos serviços e das ações de saúde.

Em seu Art. 6º, a lei 8.142/90 vem ratificar que a descentralização dos serviços de saúde para os Municípios e a regionalização da rede de serviços assistenciais serão promovidas e concretizadas com a cooperação técnica da União, tendo em vista o direito de acesso da população aos serviços de saúde, a integralidade da assistência e à igualdade do atendimento.

Do exposto, verifica-se, que a descentralização proposta na constituição e por conseguinte nas leis supracitadas buscariam, em uma compreensão explícita, possibilitar uma maior participação dos diversos interessados na formulação da política e na implantação de serviços e ações de saúde, adaptados às diferentes regiões e realidades de saúde. Além disso, a ênfase no ente municipal, com o apoio da União e dos Estados, se justificaria pelo fato de este estar mais próximo da população, tendo maior compreensão da situação socioepidemiológica de seu território, identificando as peculiaridades e as diversidades locais, com vistas a delinear as estratégias eficazes frente aos problemas de saúde (BARATA *et al.* 2004).

Nesta direção, Scatena e Tanaka, (2001, p. 51), contribuem com a discussão afirmando que

no caso da Saúde, a descentralização visa a constituição de Sistemas Locais de Saúde que respondam adequadamente às demandas e necessidades da população adscrita, mas que ao invés de se caracterizarem como sistemas isolados e autônomos, sejam elementos e elos dinâmicos de Sistemas Estaduais, que conformam um Sistema Nacional. Neste sentido, a descentralização - e a centralização - têm que coexistir, de forma pactuada, para garantir o fortalecimento do Sistema Nacional de Saúde e não a atomização dos Sistemas Locais.

Com vistas a potencializar o processo de descentralização na saúde, através da municipalização como eixo condutor, o Ministério da Saúde passou a editar sucessivos instrumentos normativos, quais sejam:

Quadro 4: Normativas editadas sobre o processo de descentralização na Saúde

Instrumentos normativos	Aspectos relevantes
NOB 91/92	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Editada pelo INAMPS com forte conotação centralizadora ✓ Objetivou regularizar o processo de descentralização político administrativa, estabelecendo parâmetros para sua garantia, responsabilidades e critérios de financiamento das ações e serviços, instituindo um sistema de alocação de recursos determinada pela capacidade instalada, retirando dos gestores estaduais e municipais do SUS qualquer poder na definição do processo alocativo; ✓ Introduziu a relação direta do Ministério da Saúde com as secretarias municipais de saúde através de convênios de municipalização; ✓ Transferências de recursos do Ministério da Saúde somente por remuneração da produção de serviços, inibindo a autonomia gestora dos governos locais; ✓ Os municípios eram transformados em entidades produtoras de procedimentos de assistência médica, igualando-se àquelas de natureza privada e filantrópica.
NOB 93	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelece a relação entre o grau de municipalização correspondente à condição de gestão do sistema local de saúde e sua responsabilidade no SUS; ✓ Define três níveis de autonomia de gestão infranacionais: condições de gestão incipiente, parcial e semiplena; ✓ Sinaliza a descentralização com um processo lento e gradual, com liberdade de adesão por parte das unidades federadas e que as instâncias locais de governo se habilitariam institucional e tecnicamente a adquirir maior grau de autonomia de gestão; ✓ Transferência fundo a fundo (Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde), o montante de recursos financeiros correspondentes a um teto financeiro estabelecido para o custeio de atividades ambulatoriais, hospitalares, por meio de recursos federais realizados por sua própria rede e pela rede contratada de forma suplementar;

	<ul style="list-style-type: none"> ✓ O SUS apresenta dois instrumentos de gestão: o primeiro é o que estabelece o subsídio à demanda, através de um sistema de pré-pagamento per capita (atenção básica e a média complexidade); o segundo mantém o tradicional sistema de manutenção do subsídio à oferta por meio da remuneração por produção (referência ambulatorial e hospitalar).
NOB 96	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Editada por meio da portaria GM/MS nº 2.203/96; ✓ Delineia-se duas formas de gestão para o subsistema por pré-pagamento: a gestão plena de atenção básica e a plena do sistema de saúde, que substituiriam todas as disposições anteriores; ✓ Gestão plena de atenção básica: cabia ao município elaborar a programação municipal dos serviços básicos, gerenciar as unidades laboratoriais próprias, prestar ou acompanhar os serviços relacionados à atenção básica e executar as ações básicas de vigilância sanitária e epidemiológica. Era obrigatório comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde, operar o Fundo Municipal de Saúde e ter um Plano Municipal de Saúde; ✓ Introduz-se um processo de programação pactuada e integrada entre as três esferas de governo das atividades de assistência ambulatorial e hospitalar, de vigilância sanitária e de epidemiologia e controle de doenças, construindo um novo modelo de atenção com ênfase à promoção da saúde e à atenção básica; ✓ Mudanças no sistema de transferências intergovernamentais, através do Piso de Atenção Básica (PAB). Estas consistiram na criação de um valor per capita nacional para o custeio de procedimentos de atenção básica, correspondentes aos procedimentos de assistência básica e na criação de incentivos financeiros para a implantação de programas e ações específicos.
NOAS-SUS 01/2001	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A portaria objetivava: aprofundar o processo de regionalização como forma de “garantir o acesso a todas as ações e serviços de saúde necessários, otimizando os recursos disponíveis”. ✓ Avança no processo de responsabilização dos gestores estaduais e municipais pela atenção integral aos seus cidadãos e está assentada em três estratégias principais: a regionalização da assistência; o fortalecimento da capacidade de gestão do SUS; e a atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. ✓ Determina que cabe às secretarias estaduais de saúde elaborar o Plano Diretor de Regionalização para garantir acesso ao cidadão, o mais próximo possível à residência de um ‘conjunto mínimo de ações e serviços’, estabelecendo também o compromisso entre os municípios para o atendimento de referências intermunicipais. O Plano Diretor de Regionalização obedece a alguns pontos básicos como o de ‘Módulos Assistenciais’, que representam um conjunto de municípios que atuam referenciados a um ‘município-sede’ que está apto a oferecer um elenco de serviços de média complexidade. ✓ A operacionalização da regionalização pertence às Secretarias Estaduais de Saúde a quem cabe coordenar todas as mudanças; ✓ Promoveu a redefinição das funções das esferas de governo e fragmentou a gestão do sistema segundo níveis de complexidade da assistência e atenção do sistema - básica, média e alta complexidade;
A NOAS-SUS 01/2002	<ul style="list-style-type: none"> ✓ A portaria objetivava: efetivar a regionalização do sistema de saúde, fortalecendo o acesso e a integralidade da atenção à saúde, especialmente no tocante à melhoria do fluxo dos níveis de média e alta complexidade; e, manter a responsabilidade dos serviços de alta complexidade nas mãos do governo federal. ✓ Através desta Norma, o PDR constitui-se num instrumento de organização dos territórios estaduais em regiões e microrregiões e módulos assistenciais; de conformação de redes hierarquizadas de serviços; de estabelecimento de mecanismos e fluxos de referência e contra referência intermunicipais, com o objetivo de garantir a integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e ações de saúde de acordo com suas necessidades. A partir do PDR, elaboraram-se as PPI anuais.

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado com base no estudo de PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. Rev. Katálysis, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018.

O movimento de adesão das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde começa a se adensar justamente a partir da promulgação das normas anteriormente citadas. Isto propiciou um rápido avanço da “descentralização”, ampliando os repasses de recursos “fundo a fundo”, abrangendo nos anos 2000 99% dos municípios enquadrados em algum tipo de habilitação (BRASIL, 2002). Porém, em termos práticos estes documentos impuseram limitações à operacionalização da descentralização no que concerne a uma pactuação que considerasse a realidade locorregional e a assimetria dos municípios brasileiros (SPEDO *et al.* 2009).

O Estado do Amazonas, por exemplo, com uma área territorial de 1.570.745,00 Km² e população de 4.144.597 hab. e de uma complexidade locorregional substancial, manteve suas ações e serviços de saúde centradas na capital, mesmo com o movimento de implantação do SUS no país. Além disso, a Secretaria Estadual de Saúde continuou com a prerrogativa principal de gerir a saúde no Estado. Em descompasso com a realidade nacional, no ano 2000 - que demonstrava a participação dos municípios, quase unânime, na produção dos serviços de atenção básica - o Amazonas passa a dar início a descentralização da gestão local e implantação da atenção básica para os municípios (SILVA, 2018).

Conforme o Relatório Anual de Gestão de 2019 da Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas/SUSAM verifica-se que somente em 2004 o Estado habilitou-se à condição de Gestor Pleno do Sistema Estadual, conforme PT GM/MS N° 219/GM de 13/02/04. Ainda neste documento, verifica-se que a rede física dos serviços de saúde pública e privada prestadora de serviços ao SUS cadastrada no CNES abrangeram, até 2019, 2.216 estabelecimentos de saúde, sendo 77, 25% de gestão municipal, 15,20% de gestão estadual e 7,53% por gestão dupla (gestão compartilhada entre o estado e os municípios).

Diante dos dados supracitados compreende-se que sob a gestão municipal concentra-se a maior porcentagem de serviços de saúde. Conforme o Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus de 2018, estes serviços de saúde, em sua maioria estão compreendidos em ações de atenção primária, mas isto não exime a oferta de serviços especializados como: exames de apoio diagnóstico (exames laboratoriais, exames de imagem, exames radiológicos, eletrocardiogramas, exames citopatológicos), consultas especializadas, atendimentos odontológicos especializados, terapias de grupo (saúde mental) e fisioterapia.

A capital do Amazonas, Manaus, apresenta uma área territorial de 11.401,092 km² e uma população estimada em 2.145.444 habitantes, sendo a 7^o capital mais populosa da federação. Seus habitantes representam 52,42% da população do Amazonas e estão distribuídos em sete zonas geográficas (Norte, Sul, Leste, Oeste, Centro-sul, Centro-oeste e

Rural) e cinco distritos de saúde (Norte, Sul, Leste, Oeste e Rural). A prestação dos serviços de saúde no referido município é levada a termo pela Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA, órgão permanente da estrutura organizacional da cidade de Manaus-AM (Plano Municipal de Saúde 2018-2021).

A Secretaria em questão, implantada no ano de 1975, através da lei nº 1240 é responsável por coordenar o cuidado no âmbito da Atenção Básica em Manaus e por conseguinte ordenar as redes de atenção à saúde. A criação dos Distritos de Saúde na estrutura desta Secretaria, a partir do ano de 2001, via Lei municipal nº 590, visou corroborar com a descentralização as ações de saúde, administrativas e financeiras da Rede Municipal de Saúde, proporcionando um melhor atendimento às unidades de saúde, bem como à comunidade em geral (SEMSA, 2020).

É importante compreender-se que dentro do território do distrito de saúde existe:

uma área geográfica que comporta uma população com características epidemiológicas e sociais e com suas necessidades e os recursos de saúde para atendê-la. A área geográfica é definida para cada realidade e pode ser constituída por: vários bairros de um município; vários municípios de uma região (WALDMAN *et al.* 1998, p.21).

No contexto de Manaus, a área geográfica dos Distritos de Saúde é composta por vários bairros de um município, veja-se:

Quadro 5: Distritos de Saúde de Manaus e suas caracterizações básicas

Distritos de Saúde	Caracterização		
	Bairros	População	Responsabilidade administrativa
Leste	Armando Mendes/Colônia Antônio Aleixo/ Coroado/ Distrito Industrial II/ Gilberto Mestrinho/JorgeTeixeira/Mauazinho/ Puraquequara/São José Operário/ Tancredo Neves/ Zumbi dos Palmares.	529.543 habitantes	57 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS
Norte	Cidade de Deus/ Cidade Nova/ Colônia Santo Antônio/ Colônia Terra Nova/ Lago Azul/ Monte das Oliveiras/ Nova Cidade/ Novo Aleixo/Novo Israel/ Santa Etelvina.	592.326 habitantes	61 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS
Sul	Adrianópolis/ Aleixo/ Betânia/ Cachoeirinha/ Centro/ Chapada/Colônia Oliveira Machado/ Crespo/ Distrito Industrial I/ Educandos/ Flores/ Japiim/ Morro da Liberdade/ Nossa Senhora Aparecida/Nossa Senhora das Graças/ Parque 10 de Novembro/ Petrópolis/ Praça 14 de Janeiro/ Presidente Vargas/ Raiz/ Santa Luzia/ São Francisco/ São Geraldo/ São Lázaro/ Vila Buriti.	519.252 habitantes	65 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS
Oeste	Alvorada/ Compensa/ Da Paz/ Dom Pedro I/ Glória/ Lírio do Vale/ Nova Esperança/ Planalto/ Ponta Negra/ Redenção/ Santo Agostinho/ Santo Antônio/ São Jorge/ São Raimundo Tarumã/ Tarumã-Açu/ Vila da Prata.	475.135 habitantes	57 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EA
Rural	Abrange 17 comunidades, sendo três ribeirinhas, dez fluviais e quatro terrestres.	14.009 habitantes	19 Estabelecimentos

			Assistenciais de Saúde – EAS
--	--	--	------------------------------

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do Plano Municipal de Saúde da SEMSA 2018-2021.

A responsabilidade administrativa destes Distritos é um dado que denota indícios de como se estabelece a cobertura da Atenção Primária e Especializada a estas populações no âmbito da SEMSA. A Secretaria dispõe em sua estrutura equipamentos de saúde de diferentes finalidades, disseminados nos territórios distritos: 227 Unidades Básicas de Saúde – UBS sendo 10 com horário ampliado; 1 Unidade Móvel Fluvial e 11 Postos de Saúde localizados no DISA Rural; 3 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS); 1 Centro Especializado de Reabilitação – CER; 7 Policlínicas; 13 unidades de Serviço Pré-Hospitalar (SAMU e SOS Vida); 1 Maternidade (Moura Tapajóz); 1 Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST); 4 laboratórios distritais e 97 postos de coleta; 4 unidades móveis de saúde da mulher, 5 unidades móveis de saúde odontológica, 02 unidades móveis de saúde médico laboratorial, 01 unidade móvel de saúde oftalmológica; Dispensação de medicamentos em 241 unidade de saúde; 01 (um) Serviço de Controle de Qualidade da Malária; 01 (um) Serviço de Controle de Qualidade Externo do Diagnóstico da Tuberculose; 01 (um) Serviço de Análises Clínicas da Unidade Móvel Fluvial; 48 pontos de atenção para realização de exames de imagem e gráficos; Serviços de vigilância sanitária, ambiental e epidemiológica e saúde do trabalhador (Plano Municipal de Saúde de Manaus 2018-2021).

A SEMSA, no ano de 2018, busca impulsionar a campanha de descentralização do atendimento às pessoas que vivem com HIV. Isto pode ser justificado pelo fato de a capital possuir altas taxas de casos de HIV e de AIDS em adultos e a persistência de casos de HIV em gestantes e de AIDS em menores de 05 anos (SEMSA, 2020).

Os serviços como diagnóstico e dispensação de medicamentos passam a ser espalhados para diversas unidades básicas de saúde no município corroborando com a redução da sobrecarga nos atendimentos aos pacientes nas unidades de atenção especializada como por exemplo a Fundação de Medicina Tropical Dr. Heitor Vieira Dourado, reforçando ainda, a atuação dos quatro Serviços de Atenção Especializada (SAE).

A rede de serviços à pessoa com HIV no município compreende também os SAEs e as UBSs que prestam diagnóstico. Os SAEs encontram-se organizados nas zonas de Manaus: **Zona Norte** - Policlínica Dr. José Antônio da Silva, bairro Monte das Oliveiras; **Zona Sul** - Policlínica Dr. Antônio Reis, bairro São Lázaro; **Zona Leste** - Policlínica Dr. Antônio Comte, São José 3; **Zona Oeste** - Policlínica Dr. José Raimundo Franco de Sá, s/n; Nova Esperança 1. Já as UBSs que disponibilizam os testes rápidos de HIV são divididas por Distritos de

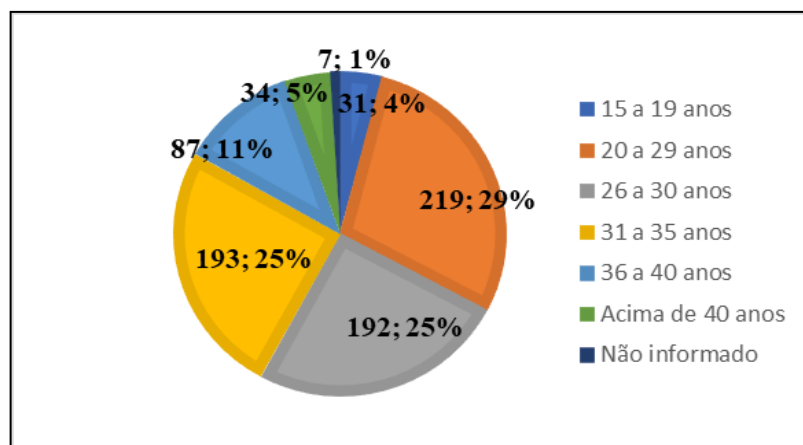
Saúde: **Disa Norte** - 53; **Disa Leste** - 15; **Disa Oeste** - 21; **Disa Sul** - 37; **Disa Rural** – 07; 07 Laboratórios de referência (SEMSA, 2020).

Com vistas a ampliar a assistência à saúde à pessoa com HIV e a AIDS, a SEMSA estabeleceu as seguintes metas: ampliar, anualmente, em 15% a testagem para HIV na população geral, em relação ao ano anterior; descentralizar para 15 Unidades Básicas de Saúde o manejo clínico da infecção pelo HIV, com o respectivo matriciamento dos Serviços de Atenção Especializada adstritos; e eliminar a transmissão vertical do HIV, da Sífilis e da Hepatite B como problema de saúde pública (Plano Municipal de Saúde de Manaus 2018-2021).

Concretizar a meta que corresponde a eliminação da transmissão vertical do HIV exige o acompanhamento de saúde com qualidade à gestante HIV. Diante disso, com base nas notificações do banco do SINAN local analisar-se-á como está se configurando o acesso à saúde da gestante HIV no âmbito da SEMSA, a partir da pesquisa de dados secundários, considerando o período de 2017 a 2019. Destaca-se que foram identificadas 763 gestantes HIV, sendo 313 no Disa Leste, 190 no Disa Norte, 136 no Disa Oeste, 101 no Disa Sul, 05 no Disa Rural e 18 não informadas o distrito de notificação.

Na cidade de Manaus, as gestantes com HIV atendidas pela SEMSA apresentam o seguinte perfil etário:

Gráfico 1: Faixa etária – Gestante HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/ 2017-2019



Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do banco de dados do SINAN local/ pesquisa documental 2020.

A parcela etária mais expressiva das gestantes HIV identificada na pesquisa é a que compreende a faixa etária de 20 anos a 29 anos. Este dado apresenta alguma similaridade com os dados do Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS (2019), no âmbito do Ministério da

Saúde, o qual afirma que do ano 2000 até junho de 2019, a faixa etária entre 20 e 24 anos é a que apresenta o maior número de casos de gestantes infectadas com HIV (27,8%), notificadas no Sinan. Um estudo realizado por Nascimento *et al.* (2018) em uma Unidade de Referência em Saúde da Mulher localizada no município de Santarém, Oeste do Pará, no período de junho de 2014 a junho de 2015, com 14 gestante HIV, detectou que o fator idade variou de 16 a 33 anos, fixando a média de 23 anos, estando 50% concentrado na faixa etária de 22 a 27 anos. Sendo assim, os autores ratificam que o percentual constado se caracteriza em mulheres gestantes, sexualmente ativas e em idade reprodutiva.

Ora, reitera-se que a vulnerabilidade do indivíduo ao HIV pode ser determinada pela relação entre os fatores subjetivos e fatores estruturais (pobreza, as crises econômicas e o não acesso aos direitos sociais). O grau de escolaridade das gestantes e a relação com a raça, verificados no SINAN, dão indicativos para sinalizar a relação supracitada acima.

Quadro 6: Relação do grau de escolaridade com a raça – Gestante HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019

Escolaridade	Amarela	Branca	Ignorado	Indígena	Parda	Preta	Total
Analfabeto	0	0	0	0	1	0	1
Educação Superior completa	0	1	0	0	8	0	9
Educação Superior incompleta	0	2	0	0	13	0	15
Ensino Fundamental completo	0	5	0	0	103	3	111
Ensino Fundamental incompleto	2	4	0	1	241	8	256
Ensino Médio completo	0	8	2	0	121	6	137
Ensino Médio incompleto	1	3	1	0	98	2	105
Ignorado	2	7	15	2	92	9	127
Não se aplica	0	0	1	0	1	0	2
Total Geral	5	30	19	3	678	28	763

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do banco de dados do SINAN local/ pesquisa documental/2020.

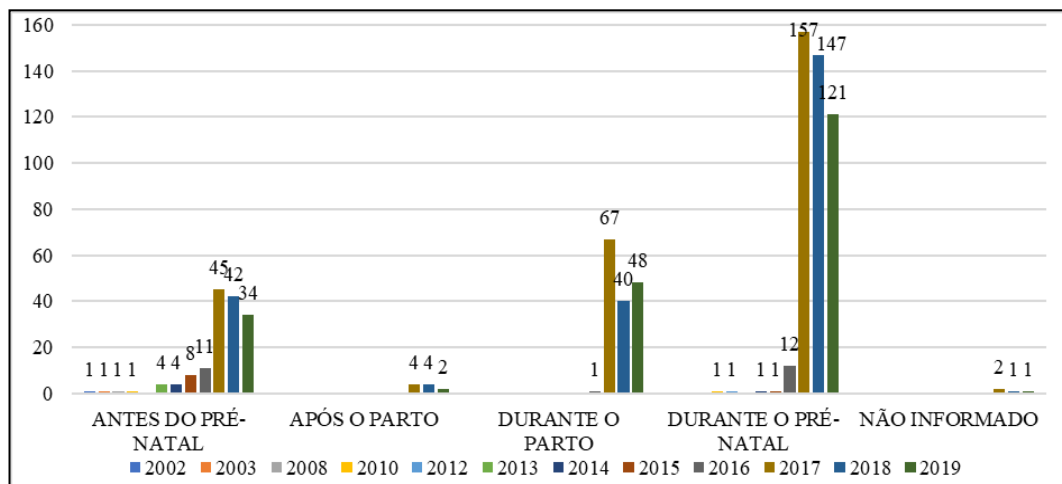
Verifica-se que os números referentes ao Ensino Fundamental Incompleto e Completo (344), seguidos dos dados de Ensino Médio Incompleto e Completo (219) são mais expressivos e se concentram nas gestantes HIV de raça parda. De maneira semelhante, o banco de dados nacional do SINAN denota que de 2000 a 2019 a maioria das gestantes infectadas com HIV notificadas possui da 5ª à 8ª série incompleta, representando 28,9% do total de casos. Além disso, verifica-se que o panorama de casos em mulheres com nível médio completo vem apresentando tendência acentuada de aumento, tendo passado de 10,1% em

2008 para 21,0% em 2018 (BRASIL 2019). Quanto à raça, o Boletim aponta a predominância, autodeclarada, de mulheres pardas que em 2018 representaram 48,0% e 33,4% dos casos, respectivamente. A tendência de casos entre mulheres pardas é uma das características deste fragmento da epidemia.

Silva *et al* (2017) contribuem com a discussão com a pesquisa realizada no Estado de Alagoas, a qual objetivou identificar as características epidemiológicas das gestantes com HIV notificadas no período de 2007 a 2015. Dentre estas características os autores discorreram sobre as variáveis escolaridade e raça revelando que dos 773 casos de gestantes com HIV identificados 31,2% declararam possuir de 5 a 8 anos de estudos. Em relação a raça foi possível inferir que 72,1% das gestantes declararam-se pardas, sendo este, o fenótipo responsável pelo maior número de casos ao longo do período.

O incremento das taxas de detecção de HIV em gestantes pode ser atribuído à ampliação do diagnóstico no pré-natal e a consequente prevenção da transmissão vertical do HIV. O Norte e Nordeste, nos últimos 10 anos, foram as regiões federativas que apresentaram maiores incrementos na taxa de HIV em gestantes, de 87,5% e 118,1% respectivamente (BRASIL, 2019). O gráfico a seguir denota a realidade do município de Manaus identificando a prevalência do ano de diagnóstico para o HIV e em que momento da vida desta mulher se deu a evidência laboratorial.

Gráfico 2: Relação do ano de diagnóstico para o HIV e em que momento se deu a evidência laboratorial de soropositividade para o vírus – Gestante HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019



Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do banco de dados do SINAN local/ pesquisa documental 2020.

Depreende-se do gráfico que os anos de 2017, 2018 e 2019 apresentam as maiores faixas de ano de descoberta da soropositividade para o HIV, das mulheres notificadas. Além disso, o momento da vida destas gestantes em que há a descoberta se dá expressivamente

durante o pré-natal e o parto. Achados do estudo de Silva *et al.* (2017) denotam que a parcela de gestantes que obtiveram acesso ao diagnóstico durante o pré-natal liderou na maioria dos anos, com 41,3%. O diagnóstico precoce permite que esta gestante tenha acesso ao tratamento em tempo hábil para garantir também a proteção do seu bebê frente a infecção de forma vertical.

O acesso ao pré-natal de qualidade em idade gestacional adequada e a disponibilização da terapia antirretroviral são também estratégias que buscam prevenir a transmissão vertical do HIV:

Quadro 7: Relação da idade gestacional e realização do pré-natal – Gestantes HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019.

Idade Gestacional						
Pré-Natal	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre	Ignorada	Não se aplica	Total Geral
Ignorado	5	5	2	2	0	14
Não	36	14	27	76	1	154
Não Informado	7	4	10	2	0	23
Sim	101	150	161	153	1	566
Total Geral	149	173	200	233	2	757

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do banco de dados do SINAN local/ pesquisa documental 2020.

O pré-natal é um processo que tem por finalidade oferecer um acompanhamento da mulher desde o início da gravidez, com vistas a assegurar, após a gestação, o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno e neonatal. Mas para que isso se materialize, é imprescindível que haja a captação da gestante no 1º trimestre de gravidez, com a realização da primeira consulta, no sentido de obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas (BRASIL, 2012). Porém, a tabela demonstra que as gestantes HIV de Manaus têm iniciado o pré-natal no 3º trimestre de gestação, seguido daquelas que iniciaram no 2º trimestre, ou seja, iniciaram o pré-natal tardiamente e não realizaram o número de consultas necessárias. Nascimento *et al.* (2018) observam que a maioria das gestantes identificadas e analisadas iniciaram o acompanhamento no pré-natal tardiamente, entre a 14ª e 19ª semanas de gestação, período que corresponde ao início do segundo trimestre gestacional. Acosta *et al.* (2016 *apud* Araújo *et al.*, 2018) ratificam que a ausência de pré-natal e a realização de pré-natal com menos das consultas preconizadas nos protocolos podem ser considerados fatores associados ao diagnóstico tardio de HIV e coinfeção de sífilis e HIV.

Fatores associados ao trabalho de parto também interferem diretamente no risco de transmissão (BRASIL, 2010b). A questão da via de parto e a realização da profilaxia durante

o parto reduzem substancialmente a infecção do HIV de mãe para o bebê até este momento. Para tanto, identificamos no banco de dados do SINAN de Manaus a seguinte realidade:

Quadro 8: Relação da via de parto e profilaxia antirretroviral durante o parto – Gestantes HIV/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019.

Uso de antirretrovirais para profilaxia durante o parto					
Via de Parto	Ignorado	Não	Não Informado	Sim	Total Geral
Cesárea de Urgência	3	3	0	17	23
Cesárea eletiva	3	2	0	253	258
Não informado	324	17	4	15	360
Não se aplica	8	10	0	7	25
Vaginal	2	25	0	70	97
Total Geral	340	57	4	362	763

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do banco de dados do SINAN local/ pesquisa documental 2020.

A definição da via de parto deverá ser baseada no resultado da carga viral materna, realizada a partir da 34ª semana, em associação com a avaliação obstétrica (BRASIL, 2010b, p.103). A pesquisa identificou que o uso de profilaxia antirretroviral durante o parto ocorreu em 362 notificações, mas em sua maioria nos casos de cesárea, seja de forma eletiva ou de urgência, 270 notificações, seguido dos casos de parto vaginal, 70 notificações. Ressalta-se que o parto via cesariana eletiva deve ser indicado para gestantes HIV que não realizaram profilaxia antirretroviral combinada durante a gestação, usaram apenas monoterapia com AZT ou que tenham sua carga viral - com 34 semanas ou mais de gestação - desconhecida ou superior a 1.000 cópias/ml (BRASIL, 2010b).

Dentre os dados referentes ao não uso de profilaxia antirretroviral durante o parto, 57 notificações chamam a atenção, pois destes registros: 5 foram de via cesárea, seguidos de 25 por via vaginal e em 27 não foram registradas a via de parto no preenchimento da ficha. Estes achados permitem inferir que 57 crianças terão significativa possibilidade de terem sido infectadas pelo HIV no momento do parto. Esta identificação vai em descontrao ao preconizado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais (2018): as mulheres em uso de antirretrovirais na gestação, devem mantê-los nos horários habituais, via oral, com um pouco de água, mesmo durante o trabalho de parto ou no dia da cesárea programada. A Zidovudina (AZT) injetável também é indicado, devendo ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical.

Além disso, os dados da pesquisa identificados como ignorados e não informados quanto ao uso da profilaxia antirretroviral durante o parto, os quais totalizam 344 achados, são

preocupantes, pois remetem à falha no preenchimento da ficha de notificação por parte dos profissionais, o que contribui com as subnotificações e uma análise superficial sobre a magnitude da problemática.

Após o parto o cuidado com qualidade ao recém-nascido é primordial, pois se deve buscar evitar ao máximo o contato com o sangue de sua mãe. Dentre esses cuidados destaca-se o uso de antirretrovirais em momento oportuno, após o nascimento, se configurando como uma estratégia de prevenção imprescindível (BRASIL, 2018). A seguir verifica-se como esta estratégia se configura com as crianças expostas em Manaus.

Quadro 9: Relação de evolução da gravidez com a profilaxia antirretroviral na criança – Gestantes HIV e Criança exposta/Distritos de Saúde da SEMSA/2017-2019.

Início da profilaxia antirretroviral na criança							
Evolução da Gravidez	Após 24h do nascimento	Ignorado	Não Informado	Não realizado	Não se aplica	Nas primeiras 24h do nascimento	Total Geral
Aborto	0	5	1	6	19	5	36
Não informado	0	6	325	0	1	0	332
Não se aplica	0	13	1	2	8	1	25
Nascido Vivo	2	7	3	1	1	348	362
Natimorto	0	0	0	2	3	3	8
Total Geral	3	31	330	11	31	357	763

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado do banco de dados do SINAN local/ pesquisa documental 2020.

Deste universo, constata-se que o início da profilaxia antirretroviral na maior parcela dos nascidos vivos (348 notificações) se iniciou nas primeiras 24h de nascimento. Este dado condiz com o que preconiza o PCDT para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. O documento aponta que o recém-nascido deve receber Zidovudina (AZT) solução oral - salvo alguns casos que haja a necessidade de ser injetável - preferencialmente ainda na sala de parto, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida (BRASIL, 2018, p. 151). Além disso, deve-se acrescentar ao AZT a Nevirapina (NVP), a qual deve ser iniciada até 48 horas após o nascimento, nos casos de gestantes com carga viral/ HIV maior que 1.000 cópias/mL registrada no último trimestre ou com CV-HIV desconhecida (BRASIL, 2018).

Verifica-se que 1 (uma) criança não realizou a profilaxia antirretroviral para o HIV, o que nos remete a refletir que a probabilidade de ela estar infectada com o vírus é expressiva. Porém, estas variáveis apresentam algumas contradições, pois houve registro nas notificações de uso de profilaxia antirretroviral para HIV em evoluções de gravidez que correspondiam a

abortos e natimortos. Nestes dois casos o bebê não vem a nascer com vida, logo não se aplica à estratégia supracitada. O número de registros da variável Não Informado, 325 notificações, também chama atenção e pode ser justificado tanto pelo fato de que no momento da notificação o bebê não havia nascido, quanto pelo não rigor no preenchimento destas informações na ficha de notificação e não atualização dos dados, conforme a evolução da gestação, parto e puerpério, no SINAN.

Os dados socioepidemiológicos expostos evidenciam algumas estratégias de enfrentamento à transmissão vertical do HIV instituídas no âmbito municipal, assim como dão indícios do perfil das gestantes que vivem com o vírus, no recorte temporal supracitado. Além disso, o analisado até aqui permite compreender que o caminho para a erradicação da TV do HIV ainda carece de qualificar o cuidado compartilhado e aperfeiçoar os profissionais no tocante ao preenchimento da Ficha de Notificação. Garantir a qualidade dos dados é imprescindível para a compreensão fidedigna da dimensão da problemática no município. As variáveis aqui discutidas serão retomadas no capítulo a seguir e permitirão a reflexão sobre os desafios e possibilidades frente a transmissão vertical do HIV, no cotidiano dos equipamentos de saúde elegidos na pesquisa.

2.3 Consolidando as Redes de Atenção à saúde em Manaus: um olhar crítico sobre as linhas de cuidado à gestante com HIV.

O conceito de cuidar apresenta-se de forma complexa e abrangente; direciona-se por compreender o ser humano e sua totalidade considerando suas bases ontológico-existenciais, como um ser único, singular e irrepitível; diz respeito a uma postura individual e coletiva. No campo de trabalho em saúde se configura como processo, exigindo uma postura ética, sensível e técnica (WALDOW & BORGES, 2011).

Este processo de cuidar é basilar na construção e materialização das Linhas de Cuidado. As Linhas de Cuidado se configuram como um mecanismo normatizador de todo o processo de atenção à saúde; os cidadãos poderão ter acesso às intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas realizadas em todos os pontos de atenção de uma Rede de Atenção à Saúde (MENDES, 2011).

Além disso,

A Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de

saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (PÊSSOA, L. R. *et al*, 2011, p.21)

Romper com os desafios da assistência integral à saúde não é algo imediato, por se tratar de uma trama complexa que envolve o cuidado e estar dada no cotidiano de busca da concretização do direito à saúde. Para tanto, faz-se mister uma completa reorganização do processo de gerenciamento dos recursos humanos disponíveis no próprio sistema. Nesse sentido, deve haver uma redistribuição do capital humano de modo a garantir a multiprofissionalidade, englobando desde os parâmetros políticos da gestão até a operacionalização do serviço como tal, com o intuito de garantir fluidez nos processos de atendimentos, formalização dos protocolos e, como objetivo precípuo, garantir que as demandas dos usuários sejam implementadas. Há nesse horizonte, todavia, um largo caminho de disputas a ser percorrido. Tais disputas envolvem, de forma imediata, os profissionais, passando pelos gestores locais, chegando, por fim, aos comitês de gestão e controle do Sistema.

Nessa direção, Franco e Júnior (2004, p. 129) ratificam o exposto da seguinte forma:

(...) a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, em que a assistência deve ser multiprofissional, operando através de diretrizes como a do acolhimento e vinculação da clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado. Este é o exercício a partir dos diversos campos de saberes e práticas, em que se associam os da vigilância à saúde e dos cuidados individuais. Pretende-se recuperar o valor dos atos assistenciais fundante na clínica. A propedêutica e um dado projeto terapêutico cuidador, na rede básica de assistência à saúde, deve ser levada ao limite de suas possibilidades, deixando os exames de maior complexidade para a função real de apoio ao diagnóstico.

Deste fragmento compreende-se que é preciso que o usuário seja direcionado dentro da RAS pelas Linhas de cuidado ao projeto terapêutico que atenda suas necessidades, sendo imprescindível a construção de ações de acolhimento, vínculo e responsabilização. A Política de Humanização do SUS (2003) tem como uma de suas diretrizes o Acolhimento e afirma que este é construído de forma coletiva a partir da análise dos processos de trabalho, tendo como objetivo a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre as equipes/serviços, trabalhador/equipes e usuário com sua rede socioafetiva. Nesta direção, corporificar esta diretriz é condição *sine qua non* da adesão e permanência da gestante HIV ao pré-natal na unidade básica de saúde – UBS, no acompanhamento da condição HIV no Serviço de Atendimento Especializado em HIV- SAE e na prevenção da transmissão vertical do vírus.

O Acolhimento, desse modo, mostra-se fundamental para a boa execução dos serviços assistenciais à gestante na condição HIV, por diversas razões. O estigma, certamente, é o fator precípua que, eventualmente, pode afastar a gestante do processo de acompanhamento da gestação nos serviços de saúde. Além do estigma, o Acolhimento bem realizado exclui os efeitos do preconceito que porventura vicejem no próprio centro de saúde. Além do mais, se bem realizado, o Acolhimento ainda será um fator motivador para gestante na condição HIV, tanto na busca dos demais serviços de saúde quanto na execução de todo o portfólio de serviços que lhe são pertinentes, em razão da supramencionada condição.

Buscando compreender como o Acolhimento à gestante HIV se materializa no cotidiano dos recursos de saúde, que compõem a linha de cuidado a este segmento, traz-se a percepção dos profissionais do SAE Antônio Reis e das UBSs, do Distrito Sul de Manaus. A seguinte fala se destaca:

Na verdade, não tem um profissional específico. Assim, funciona o seguinte: quando o paciente vem pela primeira vez para marcar a consulta tem uma pessoa exclusiva que fica no acolhimento, uma enfermeira, às vezes uma técnica de enfermagem. Aí recebe, na verdade o cliente, independente de ser grávida ou não, e já consegue encaixar de acordo com a demanda para qualquer profissional, desde que ele esteja disponível. A gente nunca recebeu uma paciente, assim diretamente, que foi identificada no acolhimento. Entendeu? Na verdade, foi identificado com a gente mesmo, quando veio a primeira vez, que conversou na primeira consulta e a gente identificou (...) (Profissional 1 UBS)

Desta verbalização verifica-se que neste equipamento o Acolhimento não é realizado por um profissional específico, porém se equipara ao momento da triagem, realizado primordialmente por uma área específica. Ora, verifica-se que tal acolhimento é configurado como sendo o espaço físico, uma sala específica. Além disso, a identificação da condição HIV da gestante é verificada na primeira consulta do pré-natal com a enfermagem, em um outro momento. Sendo assim, se neste primeiro contato esta gestante, que ainda desconhece seu diagnóstico de soropositividade para o HIV, não for minimamente tratada de forma cordial, ela pode não retornar para iniciar o seguimento pré-natal de fato, ou retornar nos últimos meses de gestação, devido a alguma complicação, e ainda não ser referenciada ao serviço especializado em HIV para tratar a infecção e, por consequência, aumentar a probabilidade de transmissão vertical do vírus para o bebê.

Araújo, *et al* (2011, p. 719) colaboram com a análise ao afirmar que

(...) a política de rastreamento e tratamento de gestantes com HIV contribuiu para a redução das taxas de transmissão vertical, entretanto acredita-se que essa redução

está diretamente relacionada à qualidade da atenção, situação que deve ocorrer por meio do aconselhamento e acolhimento adequados.

O grau de qualidade da atenção é determinante em um contexto tão emaranhado, marcado pela descoberta do HIV pela gestante, por gerar uma vida e o medo de expô-la ao risco, da parca condição socioeconômica, dos vínculos enfraquecidos no seio familiar, do não acesso à educação e informação, por uma série de fatores que condicionam o processo de se ter saúde e qualidade de vida. Os dados de pesquisa de Araújo, *et al* (2008), realizada com gestantes HIV de uma maternidade da Secretaria Estadual de Saúde do Ceará, revelaram que o apoio emocional e o acolhimento pela equipe multiprofissional são elementos primordiais no enfrentamento de situações conflituosas e sentimentos negativos diante da vida.

Nesta direção, expõe-se também a percepção do profissional do SAE sobre o acolhimento, veja-se:

O acolhimento na verdade, a ideia, deve ser feito pela comunidade de saúde como um todo. Desde a recepção quando o paciente chega (...) encaminham para cá e eu faço a entrevista, o CPA dele, que é o pré-aconselhamento que é chamado dentro do protocolo do Ministério da Saúde, e nesse pré-aconselhamento eu dou as orientações básicas. (...) no meu acolhimento eu tento inicialmente entender como está a pessoa psicologicamente, qual é o grau de informação que ela tem sobre o processo de adoecimento dela, quais são as condições objetivas que ela tem em família como suporte pra ela: emocional, afetivo, de resiliência se ela tem uma condição socialmente vulnerável, tanto em termos econômicos como em termos do perfil de pessoa dela, e o que a gente pode fazer em função disso. E mostro que do lado da medicina, do tratamento ela tem as condições e os direitos resguardados. (Profissional 4 SAE)

O caminho do Acolhimento, apontado por este profissional, parte da escuta qualificada, do conhecimento da realidade da gestante HIV, identificando a rede de apoio, disponibilizando informações como acesso ao tratamento especializado e medicamentoso, direitos das pessoas com HIV, acolhendo as dúvidas, orientando e encaminhando. Traz, ainda, o aconselhamento como um momento salutar no processo de acolher. Araújo *et al*. (2011) salientam que o momento concebido como aconselhamento está para além da simples testagem, configurando-se também como o espaço de educação em saúde e cidadania. Deve perpassar todo o período gestacional, no acompanhamento do pré-natal. O diálogo, a escuta qualificada e a troca de informações podem incorrer na diminuição da ansiedade no momento do diagnóstico e na possibilidade da transmissão vertical. As inúmeras dificuldades vivenciadas pelas mulheres HIV podem ser potencializadas no momento da gestação, dificultando o seguimento das orientações e adesão à assistência como um todo que se constituem também como estratégias de enfrentamento à transmissão vertical do vírus.

Do exposto, Brasil (2013) contribui com a reflexão ao afirmar que o acolhimento está intimamente ligado à inclusão dos usuários dentro dos serviços de saúde, através do vínculo, responsabilização e resolutividade. É uma diretriz que perpassa a dimensão ética, estética e política dos modos de produzir saúde. Não é e nem se pode confundir com a triagem, mas deve ser inerente à ação profissional de quem realiza este serviço. Não se confunde também com um espaço ou um local, se constrói nas relações sociais entre os trabalhadores dos serviços de saúde e usuários. Emanada de um compartilhamento de saberes, angústias e invenções de todos os atores envolvidos no processo de trabalho em saúde dentro de uma linha de cuidado, dentro de uma RAS.

Sendo assim, as linhas de cuidado tendem a expressar o trabalho integrado e não compartilhado, com vistas a romper com o imaginário de que a qualidade na assistência está associada ao acesso a insumos, exames, medicamentos e consultas especializadas. Redirecionar o atendimento para tecnologias de saúde leves (tecnologia das relações) e leves-duras (definidas pelo conhecimento técnico) é primordial para que o serviço seja produtor do cuidado (FRANCO e JÚNIOR, 2004). Além disso, *as linhas definem as ações e os serviços que devem ser desenvolvidos nos diferentes pontos de atenção de uma rede (nível primário, secundário e terciário) e nos sistemas de apoio, bem como utilizam a estratificação para definir ações em cada estrato de risco* (BRASIL, 2013, p. 23).

Em se tratando da gestante HIV, garantir o cuidado em saúde, através do estabelecimento de fluxos que sejam capazes de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência, refletirá também na diminuição dos índices de transmissão vertical do vírus. Somente com o acesso integral desta gestante HIV, por conseguinte puérpera, e criança exposta, às linhas de cuidado e projetos terapêuticos é que se poderá alcançar a erradicação de casos TV do HIV no Brasil e em Manaus.

A Rede Cegonha, a partir de 2011, organiza-se de modo a assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade, por meio de um modelo de atenção voltado ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e sistema logístico, que inclui transporte sanitário e regulação (UNASUS/UFMA, 2015). A garantia do teste rápido na gravidez tanto para o HIV como para a sífilis no início do pré-natal, coincidem com o seguimento da gestante HIV no pré-natal e ao tratamento em tempo hábil da condição HIV no serviço de referência. Além disso, o planejamento familiar é um ponto fulcral no delineamento desta rede, a mulher com HIV tem o direito de exercer sua maternidade e a sexualidade com segurança para ela, para o parceiro e para o bebê. Diante disso, os serviços de saúde devem oferecer a ela todas as possibilidades existentes de contracepção e gestação.

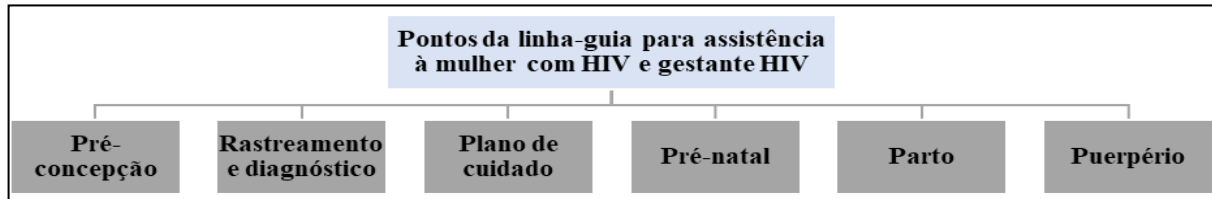
Deve-se ressaltar outra questão, o documento sustenta que a mulher tem direito a um parto seguro e humanizado e, no caso das gestantes HIV, o médico deve indicar e esclarecer a melhor via de parto, assim como a equipe multidisciplinar deve acompanhá-la na vinculação à maternidade de referência, com vistas a um parto seguro para a mãe e o bebê. Após o parto, a puérpera e seu bebê devem receber toda assistência e orientações e encaminhamento possíveis para que a condição HIV não venha interromper a continuidade da fruição assistencial nos outros pontos referenciais da Rede, não somente na seara da saúde, como também nas demais políticas públicas.

No mais, *a Rede Cegonha orienta a linha de cuidados da gestante e recém-nascido, com ações e fluxo da gestante no território, desde a confirmação da gravidez até o nascimento, considerando a avaliação do risco gestacional e os devidos encaminhamentos* (UNA-SUS/UFMA, 2015, p. 30). Em Manaus, a Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA estabeleceu em 2014 a Linha-Guia de Atenção à Saúde Materno-Infantil, cujo objetivo é compartilhar recomendações clínico operacionais referentes à abordagem populacional e aos cuidados em relação à saúde materno-infantil (crianças entre 0 e 24 meses de idade) na rede de atenção desta Secretaria. Além disso, a linha de cuidado supracitada visa assegurar informações para a tomada de decisão da equipe de saúde multiprofissional e das pessoas usuárias a partir de padrões clínicos ótimos para a população alvo e, conseqüentemente, melhoria da qualidade das práticas clínicas atribuídas às equipes de saúde. Normalizar o processo de atenção às gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses de idade, obedecendo à ação coordenadora da Atenção Primária à Saúde (APS) e exercer especialmente função gerencial, educacional e comunicacional na organização da rede de atenção à saúde das gestantes, puérperas e crianças de 0 a 24 meses de idade (SEMSA, 2014).

Conforme a Linha-guia, a gestante identificada na UBS deve ser captada para o pré-natal e realizar teste rápido de HIV e sífilis, após aconselhamento. O acompanhamento da gestante HIV é direcionado através da estratificação de risco gestacional. Identificada a condição clínica HIV ou AIDS estabilizada, a gestante é considerada de alto risco devendo ser acompanhada, obrigatoriamente, em serviços de referência (infecologia, por exemplo). Por outra parte, é recomendado o pré-natal de alto risco, além do monitoramento compartilhado pela equipe da APS. A gestante HIV deve ser encaminhada à maternidade e monitorada com 38 semanas de gestação. No puerpério, as consultas alternadas entre o médico(a) e o(a) enfermeiro(a) devem ocorrer no 7º dia após o parto e entre 15 e 30 dias, independente do estrato de risco, concomitante às avaliações do recém-nascido (SEMSA, 2014).

Pode-se compreender do documento que o acompanhamento da mulher com HIV e da gestante HIV em Manaus envolve distintos pontos de atenção:

Figura 2: Pontos de atenção à mulher com HIV e gestante com HIV/ SEMSA.



Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado com base no documento Linha Guia de Atenção à Saúde Materno-Infantil da SEMSA.

Estes pontos tendem a possibilitar à mulher com HIV uma concepção e gestação segura. No que tange a não transmissão vertical do vírus visa assegurar que sejam utilizados mecanismos assistenciais que reduzam a carga viral, o diagnóstico de coinfeções e tratamento na gestação, o monitoramento do estado nutricional e imunológico, como também canais de informação e diálogo que possibilitem a não reinfecção, o uso de preservativo e contracepção e sensibilização à adesão ao tratamento e a assistência especializada (SEMSA, 2014). Além disso, preconiza-se que na gestação a mulher com HIV deve ser encaminhada para avaliação nos serviços de referência e acompanhada de forma compartilhada pela Atenção Primária à Saúde e Atenção Secundária à Saúde. Tal cuidado compartilhado tem o intuito de garantir o atendimento integral a esta gestante e ao bebê, assegurando à mulher realização dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal e exames adicionais; sensibilização e apoio pela equipe multiprofissional desde o pré-natal, dos motivos da não amamentação, a oferta de medicação que iniba a produção de leite e que seja informado do direito à fórmula láctea e ao adequado esquema da TARV.

Em termos documentais é possível visualizar o delineamento que a mulher com HIV deve seguir com vistas a sanar as demandas que o estágio gestacional exige e ainda proteger seu bebê da infecção pelo HIV. Mas é necessário compreender como este acompanhamento acontece no cotidiano. As oitivas dos profissionais de saúde da SEMSA denotam um fragmento deste cuidado compartilhado. Sendo assim, verifica-se, por meio da fala de um profissional da UBS, a sua percepção do referenciamento da gestante HIV aos equipamentos SAE e maternidade:

(...) a gente só encaminha para o SAE. (...). A gente não sabe exatamente nada por escrito. Um feedback por escrito. É tudo por informação da usuária. Com a maternidade, a gente encaminha (...) Eu digo para ela visitar né, explico sobre a vinculação aí elas dizem que vão (...) O que a gente sabe é que ela foi lá porque ela tem um carimbo no cartão. Porque é uma visita né, agora assim, específico para o

HIV, de usuárias com HIV positivo não tenho assim. A orientação que dou, por exemplo, quando está perto de parir, sobre a medicação, de seguir as orientações. Agora lá na maternidade eu não sei como é que é. (Profissional 4 UBS)

O exposto pela profissional responsável pelo pré-natal revela um grave gargalo enfrentado no Sistema de Saúde: a referência e contrarreferência do usuário. Esta ferramenta, que deve articular os pontos da atenção, não se configura como a Linha de Cuidado, mas é um processo inerente desta. O teor do verbalizado pelo profissional denota as dificuldades impostas ao Sistema Municipal de Saúde de Manaus, pois como garantir uma assistência integral se não há um vínculo efetivo entre os serviços e profissionais que são responsáveis pelo cuidado desta gestante HIV? A condição HIV desta gestante pode levar à transmissão vertical do vírus para o bebê, o que é bastante grave, e esta parece não ser uma preocupação primordial destes equipamentos. O que se visualiza é um atendimento imediato, no qual um serviço faz a sua parte e o outro deve fazer a que lhe compete, ou seja, a ideia de compartimentalização ainda é muito presente. Cada equipamento tem suas competências, mas pouco conhecem da rotina e recursos do outro. A responsabilidade advém da gestante HIV, vulnerabilizada, sem apoio no mais das vezes, na continuidade do cuidado. Esta usuária, e somente ela é, se configura como o canal de comunicação entre estes serviços.

A realidade supracitada é discutida na pesquisa de Brondani, *et al* (2016), a qual buscou compreender, através da fala de oito trabalhadores da atenção primária (básica) e terciária (hospitalar) de diferentes núcleos profissionais, os desafios enfrentados nos serviços de saúde nestes níveis de complexidade, de um município do sul do Brasil. Os resultados apontaram que os desafios se remetem à falta de comunicação entre os profissionais dos serviços, ao desconhecimento sobre os serviços da RAS e à carência de educação permanente. Os autores sinalizam ainda um trabalho solitário, uma vez que não há o retorno dos serviços para os quais o usuário foi referenciado, revelando a não responsabilização dos profissionais envolvidos no cuidado.

Os profissionais do SAE Antônio Reis também nos dão elementos para compreendermos como está sendo gestado o acompanhamento compartilhado da gestante HIV com a UBS e a Maternidade:

É bem complicado, assim a gente não tem uma ligação com eles, a gente tem mais ligação com o DISA. (...) quando eu encaminho elas para maternidade, tudo já parte daqui, para elas irem na maternidade fazer visita, agendar para entrar (...) a pessoa do DISA que faz esses contatos com a maternidade. Agora com a unidade básica de saúde a gente tem pouco feedback. É a gente, o distrito e a maternidade, nós três. (Profissional 1 SAE)

O ponto crucial nesta fala é o não conhecimento pelo profissional 1 da responsabilidade da UBS no processo de referenciamento e contrarreferenciamento da gestante HIV, desaguando em um vínculo extremamente enfraquecido entre SAE e UBS. Em relação a maternidade, o SAE não dispõe de uma ligação direta, uma vez que a vinculação é realizada pelo profissional do Distrito Sul. Ressalta-se que a vinculação prévia da gestante à maternidade é um direito garantido através da Lei 11.634/2007. A Secretaria Municipal de Saúde de Manaus estabelece que a vinculação efetiva ocorre por ocasião da visita à maternidade orientada pela equipe da UBS que acompanha o pré-natal (SEMSA, 2020). O encaminhamento para a visita deverá ser realizado durante o pré-natal. Diante desta direção compreende-se que o profissional do SAE desconhece o fluxo de vinculação ou se conhece não o segue, assim como a profissional do distrito de saúde.

Porém, verificam-se elementos diferentes na fala de outro profissional do SAE sobre o cuidado compartilhado com a UBS e a Maternidade.

(...) Então esse vínculo ele existe, assim como dentro do SAE a gente vai fazer o manejo do tratamento do HIV, ela tem que estar paralelamente sendo acompanhada pela UBS. A gente avalia o cartão da gestante, a gente pergunta se tá indo, entendeu (...) Em relação a maternidade, quando nós encaminhamos ela faz a vinculação. (...) Como nós somos do Distrito Sul a gente encaminha geralmente para Balbina Mestrinho. Aí lá ela já vai com o nome da enfermeira específica (...) vai ser agendado lá uma visita para ela conhecer a unidade e a unidade também receber. Porque ela não pode entrar como entra uma gestante que não convive com o vírus, existe um diferencial. (Profissional 3 SAE)

Neste fragmento compreende-se que há o reconhecimento da existência do vínculo entre os equipamentos supracitados, mas a comunicação entre eles ocorre através da gestante HIV e a sua caderneta e através de ambos se tem a ciência do andamento do pré-natal, o acompanhamento devido na UBS. Sobre a vinculação da gestante HIV à maternidade, compreende-se que esta é resumida em um encaminhamento simples, que não indica uma exigência de cuidado específico, um protocolo que responsabilize os equipamentos envolvidos, o estabelecimento de um fluxo efetivo. A gestante HIV é encaminhada, mas não há garantia se ela chegará ao destino. Além disso, não fica claro se há uma contrarreferência desta usuária pela maternidade.

Com vistas a ratificar o discutido acima, Val e Nichiata (2014, p. 154) em seu estudo realizado com gerentes de 442 unidades básicas de saúde no município de São Paulo, atingindo 74,2% de seus sujeitos, dos quais 53,6% eram enfermeiros, constatou que *em integração das ações entre UBS, SAE em HIV/DST/AIDS e maternidade encontra-se um dos pontos críticos a ser enfrentado, que trata do fluxo de referência e contrarreferência das UBS*

para os demais pontos da rede de atenção, indicativo de que há fragmentação da atenção à saúde. Juliani e Ciampone (2002) também salientam o exposto afirmando que a referência e contrarreferência ainda não passa de um horizonte e só funciona quando há empenho pessoal dos profissionais isoladamente.

O Amazonas não tem pactuado formalmente um sistema de referência e contrarreferência entre os níveis de complexidade (SILVA, 2018). Sendo assim, caminhar entre os pontos de atenção na Rede de Saúde Manauara é um desafio. O ponto de partida para o cuidado desta gestante HIV identificado nas oitivas é a Atenção básica, o que nos leva a considerar que os serviços abarcados por este nível de complexidade desempenham uma função condicionante no tocante às linhas de cuidado, mas, como aponta Silva (2018), não possuem a responsabilidade isolada pelo acolhimento e bom andamento dos fluxos de referência e contrarreferência.

Compreende-se até aqui a importância de consolidar as Redes de Atenção à Saúde, assim como linhas de cuidado à gestante HIV, à criança exposta e criança infectada pelo HIV, porém isto exige articulação e gestão compartilhada, compromisso ético, redirecionamento dos processos e relações de trabalho entre os diferentes pontos da atenção. Manaus ainda não dispõe de uma linha de cuidado específica à pessoa com HIV e com a AIDS, tão pouco à gestante HIV, mas há a Linha-guia materno infantil da SEMSA que aponta minimamente como a assistência à gestante com condição HIV deve ser realizada. Este documento traz subsídios para se pensar uma linha de cuidado integral específica a esta usuária, que abarque as especificidades de ter se uma condição crônica, em que os equipamentos, profissionais e responsabilidades estejam definidos, pois esta seria uma estratégia salutar no enfrentamento à transmissão vertical do HIV. Os profissionais que acompanham estas mulheres nos serviços poderão dar contribuições significativas em uma proposta local, levando em conta as especificidades da saúde pública de Manaus. Além disso, Silva (2018) denota em seu estudo exemplos de traçados de Linhas de Cuidado a este segmento em âmbito regional, os quais podem ser verificados nos municípios de Benjamin Constant e Tabatinga.

Capítulo 3

A assistência à saúde à gestante hiv: considerações a partir das vivências dos profissionais nos equipamentos de saúde de referência no distrito de saúde sul de Manaus.

CAPÍTULO III – A ASSISTÊNCIA À SAÚDE À GESTANTE HIV: CONSIDERAÇÕES A PARTIR DAS VIVÊNCIAS DOS PROFISSIONAIS NOS EQUIPAMENTOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA NO DISTRITO DE SAÚDE SUL DE MANAUS.

Independente do status sorológico, as mulheres desejam um filho, sobretudo por considerá-lo como a possibilidade da extensão da própria vida e confiantes na terapêutica profilática. Este fato representa um alento e uma esperança de vida, além da realização como mulher. Na oportunidade de ser mãe, as soropositivas ao HIV também encontram um estímulo para cuidar ainda mais da própria saúde, sentem-se mais fortes e capazes de resistirem à doença. Dessa forma, a existência de um filho constitui uma espécie de desafio contra a doença: enquanto o fato de ser mãe representa a morte, as crianças representam a vida.

(GALVÃO, *et al*, 2010, p. 372)

O capítulo que se apresenta busca revelar: 1. o traçado metodológico do estudo e 2. a dinâmica de acompanhamento da gestante HIV, com vistas a identificar as estratégias de enfrentamento à transmissão vertical do vírus, implementadas no cotidiano dos equipamentos onde acontece o trabalho em saúde. Os prontuários referentes às usuárias permitirão inferir sobre o efeito do cuidado a estas mulheres no tocante a prevenção da transmissão vertical do vírus. No contexto deste cuidado é imprescindível garantir a melhor e maior cobertura de serviços e profissionais de saúde. É nesta direção que se discutirá os achados de pesquisas e se identificarão os subsídios, em termos qualitativos, de se mensurar a que passo o município de Manaus está da Certificação de Eliminação da Transmissão Vertical do HIV.

3.1 Desafiando o estudo: os elementos constitutivos da investigação

Inicia-se pela afirmação de Minayo (2009, p.16): *As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São fruto de determinada inserção na vida real, nela encontrando suas razões e objetivos.* Partindo-se deste pressuposto, ratifica-se que o estudo em questão é fruto de um processo de maturação sobre a política de saúde e HIV iniciada ainda no estágio curricular da graduação em Serviço Social da pesquisadora em 2011. Esta vivência propiciou o desenvolvimento da pesquisa que versou sobre o recorte para a análise do perfil socioeconômico e cultural das mulheres com HIV e a Aids atendidas na Fundação de Medicina Tropical, em Manaus, no ano de 2012. Por conseguinte, em 2013, a discussão da temática supracitada, com vistas a analisar as ações e serviços de saúde às pessoas com HIV e/ou Aids, foi retomada no trabalho final da

especialização *latu sensu* em Serviço Social e a Gestão em Políticas Públicas de Saúde. Em 2018, a pesquisadora adentra o mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia com a proposta de analisar as estratégias de saúde pública frente a transmissão vertical do vírus, materializando em conjunto com sua orientadora este estudo.

Sendo assim, a temática apresentou-se instigante ao longo do caminho da pesquisadora, pois seus recortes possibilitam uma série de inferências e discussões. Além disso, o Grupo de Estudo e Pesquisa em Processo de Trabalho e Serviço Social na Amazônia (GETRA) possibilitou, com apoio dos demais membros, que tais estudos fossem desenvolvidos, uma vez que há pesquisadores inseridos que discutem sobre a política de saúde e a questão do HIV e a Aids.

A pesquisa em tela tem como objeto uma dimensão da Política de Saúde: as formas de enfrentamento à Transmissão Vertical do vírus HIV. Como tal, esta problemática é um fragmento da realidade social, a qual é, a um só tempo, objeto de pesquisa epistemologicamente construído e experiência social efetiva de pessoas e instituições concretas.

Ora, a realidade social também é síntese de múltiplas determinações. Nesse sentido, ela é dialética e precisa ser estudada a partir dessa perspectiva. A abordagem dialética, desse modo, se adequa à necessidade de crítica permanente da realidade social e é um veio poderoso de compreensão das relações estatuídas no seio da sociedade capitalista.

A dialética foi esboçada por Marx e apresentada, especialmente em *O método da economia política*, como o modo pelo qual se pode apreender o concreto real, isto é, processo da construção do concreto do pensamento a partir do concreto real. O concreto não é o dado empírico, é uma totalidade articulada, construída e em construção.

O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como o processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também da intuição e da representação. (MARX, 1978, p.116).

A presente pesquisa utilizou-se da dialética para a compreensão das determinações subjacentes à questão do HIV, uma vez que este se configura como um problema de saúde pública que traz consigo índices expressivos de gestantes infectadas e, conseqüentemente, de crianças expostas ao vírus, que podem vir ou não a apresentar a condição HIV, ou de crianças que já nasceram com o vírus, uma vez que se infectaram por via intrauterina ou parto. Diante de tal problemática e da compreensão de que aspectos individuais, sociais e programáticos a inflexionam, esta investigação propusera analisar as estratégias implementadas na rede de

atenção de saúde municipal como resposta à transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus.

A abordagem deste estudo articulou as modalidades qualitativa e quantitativa de pesquisa, uma vez que tal integração (...) *permite que o pesquisador faça um cruzamento de suas conclusões de modo a ter maior confiança que seus dados não são produto de um procedimento específico ou de alguma situação particular* (GOLDENBERG, 2004, p.62).

A pesquisa qualitativa abarcou um ciclo, o qual compreendeu três etapas: 1º a fase exploratória, 2º o trabalho de campo e a 3º análise e tratamento do material empírico e documental. A primeira delas diz respeito à construção da base do estudo e dos procedimentos, o caminho teórico para adentrar o campo. A segunda etapa adentra à prática empírica, a qual passa a ser analisada por meio da construção teórica. A terceira fase exige ordenamento e a classificação dos dados, por conseguinte a análise e tratamento. Esta permite a compreensão e interpretação dos dados, à luz da teoria, para além do aparente, buscando identificar os meandros que circundam o problema de pesquisa (MINAYO, 2009). Com vistas a sistematizar este ciclo a pesquisadora optou por ordenar as atividades direcionando-se pelos objetivos deste estudo, conforme o quadro: elementos metodológicos essenciais (APENDICE A).

Ressalta-se que a discussão foi basilada pelas seguintes categorias centrais de análise: Estado - Crise estrutural do capital, Estado de bem-estar social e Neoliberalismo; Política Pública de Saúde - Sistema Único de Saúde, Redes de Atenção à Saúde e Transmissão Vertical do HIV, estas podem ser visualizadas no quadro: Categorias de análise (APENDICE B). Tais categorias decorreram do real e se materializam em uma realidade concreta, e foram aqui concebidas como (...) *conceitos básicos que pretendem refletir os aspectos gerais e essenciais do real, suas conexões e relações* (CURY, 1992, p. 21), não se configurando, portanto, nem como algo definido e acabado, nem como um fim em si mesmas, devendo, exatamente por isso, ser sempre construídas à luz de contextos econômico, social e político historicamente determinados.

a. Lócus de pesquisa: Distrito de Saúde Sul e os equipamentos identificados

A capital do Amazonas, Manaus-AM, para além das funções administrativas básicas possui, no âmbito do município, uma proeminência destacada no que se refere aos serviços e ações de saúde, cuja organização fica a cargo da Secretaria Municipal de Saúde.

Nesse sentido, como referência regional, a SEMSA/Manaus deve se configurar, a um só tempo, mecanismo de espraiamento das boas práticas, por meio dos fóruns de pactuação e gestão compartilhada, como espaço modelar na prestação dos serviços de saúde. Internamente, a Secretaria optou por se territorializar a partir das figuras dos distritos de saúde. Essa configuração resulta da previsão expressada na lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, segundo a qual nos municípios *o Sistema Único de Saúde (SUS), poderá organizar-se em distritos de forma a integrar e articular recursos, técnicas e práticas voltadas para a cobertura total das ações de saúde* (BRASIL, 1990).

A opção da organização sob a forma de distritos – nominados *de saúde* pela SEMSA/Manaus – possui, nesse aspecto, como fim essencial a “cobertura total das ações de saúde”. Como parte estruturante do processo de descentralização, os distritos de saúde, em Manaus-AM, são constituídos no ano de 2001, por meio da lei municipal 590, a qual prescreve a criação dos quatro distritos de saúde com fito a *descentralizar as ações de saúde, administrativas e financeiras da Rede Municipal de Saúde, proporcionando um melhor atendimento às unidades de saúde, bem como à comunidade em geral*. (MANAUS, 2001)

Para tanto, a investigação foi desenvolvida no âmbito do Distrito Sul da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus, uma vez que se compreende que a partir da descentralização das ações e serviços de saúde com foco prioritário nos municípios, impulsionou-se uma maior cobertura da atenção à saúde a população brasileira, e neste contexto à pessoa que vive com HIV (SILVA, 2018).

Logo, desvelar o território do Distrito de Saúde Sul foi um trabalho necessário e instigante, uma vez que abrange 25 bairros e possui uma população de 519.252 habitantes, sendo responsável administrativamente por 65 Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – EAS (SEMSA, 2018), o maior número em relação aos demais distritos. Além disso, dispõe de 58 Unidades Básicas de Saúde – UBS, o que pode vir a ampliar a possibilidade de diagnóstico de HIV, e ainda abarca dois Serviços de Atenção Especializada em HIV – SAEs, sendo que apenas um deles está sob a jurisdição da SEMSA, situando-se na Policlínica Dr. Antônio Reis.

Conforme preconiza o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais - PCDT (2018), as gestantes diagnosticadas com HIV devem ser encaminhadas para o seguimento pré-natal de alto risco ou SAE, de acordo com a situação clínica e manter o vínculo com a Atenção Básica. Em relação às crianças expostas, segundo o documento, estas devem ser atendidas em SAE em HIV que disponha de infecto-pediatra, compartilhando o cuidado com a atenção básica.

Ademais, o SAE configura-se em uma unidade assistencial de cunho ambulatorial, a qual busca propiciar o vínculo da pessoa que vive com HIV e/ou ISTs com uma equipe multiprofissional. Este serviço é responsável por realizar ações de prevenção e qualidade de vida e assistência clínica e psicossocial direcionadas às pessoas vivendo com HIV.

Dentre as ações supracitadas pode-se destacar: facilitar acesso a insumos de prevenção, com incentivo a práticas sexuais seguras; oferecer atividades voltadas para a adesão; promover ações de saúde mental; realizar avaliação e acompanhamento nutricional; indicação de profilaxias primárias e secundárias para infecções oportunistas (IO); garantia de tratamento para as Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST); indicação e manejo de terapia antirretroviral (TARV); prevenção e abordagem dos eventos adversos à TARV; diagnóstico e manejo das comorbidades e infecções oportunistas; referenciar os usuários à uma unidade de dispensação de medicamentos (UDM); oferecer assistência aos casos de exposição sexual, acidente ocupacional e violência sexual, ou ter referência estabelecida para os mesmos; ser referência técnica para a capacitação de recursos humanos dos diferentes níveis de complexidade dos serviços da rede SUS, no atendimento às IST/HIV/Aids (BRASIL, 2015).

A implantação deste tipo de serviço no país contribuiu para racionalizar custos, potencializar uma assistência fincada na humanização, pois a pessoa que vive com HIV terá uma cobertura especializada mais próxima de seu território, não necessitando peregrinar em busca de atendimento em outros centros de referência, nos níveis mais complexos do sistema. Além disso, o SAE encontra-se como serviço dentro de uma outra estrutura, uma Policlínica, o que pode possibilitar, à pessoa que vive com HIV, um maior acesso a profissionais de diversas especialidades, a realização de exames e a tratamentos medicamentosos e de infecções oportunistas (SILVA, 2007).

No âmbito da SEMSA, o SAE é um serviço da Policlínica Dr. Antônio Reis, implantado no ano de 2010, situa-se no bairro de São Lázaro, funcionando de segunda a sexta, das 07h às 18hs, contando com uma equipe exclusiva de três médicos infectologistas e um técnico de enfermagem e dispondo de três salas: 1 de triagem e 2 consultórios médicos. Frisa-se que a referida Policlínica, no momento que se iniciou a pesquisa, entrou em reforma e somente o SAE foi deslocado para a UBS Almir Pedreira, situada no bairro Lagoa Verde. Neste equipamento o serviço ainda se encontrava em processo de adequação, mas até o término da pesquisa de campo dispunha de uma sala de triagem e 3 consultórios. Além disso, profissionais da Policlínica como o Assistente Social, o Enfermeiro, o Psicólogo e o Farmacêutico passaram a ser exclusivos do SAE a partir de então.

Ademais, os Serviços de Atenção Especializada em HIV, segundo o Sistema de Avaliação Qualiaids (2016, p. 33) *devem apoiar tecnicamente os serviços de atenção básica no que diz respeito ao tratamento de IST com complicações bem como atender as intercorrências clínicas relacionadas ao tratamento antirretroviral em pacientes HIV/aids.* Nesta direção, partimos do SAE Dr. Antônio Reis, uma vez que se identificou oito gestantes em 2019 e em seus respectivos prontuários sete registros das unidades básicas de saúde, onde elas iniciaram o pré-natal e/ou foram encaminhadas para o serviço especializado. As unidades foram as seguintes:

Quadro 10: Identificação dos equipamentos de saúde / Unidades Básicas de Saúde - UBS.

	Equipamento de Saúde	Bairro	Horário de Funcionamento
1	UBS Morro da Liberdade	Morro da Liberdade	Segunda a Sexta-feira - 07h as 21h Sábado – 08h ao 12h
2	UBS José Rayol dos Santos	Chapada	Segunda a Sexta-feira - 07h as 21h Sábado – 08h ao 12h
3	UBS Theomário Pinto	União	Segunda a Sexta-feira - 07h as 17h
4	UBS Megumo Kado	Educandos	Segunda a Sexta-feira - 07h as 17h
5	UBFS S11	Educandos	Segunda a Sexta-feira - 07h as 17h
6	UBS Frank Rosenberg Calderon	Crespo	Segunda a Sexta-feira - 07h as 17h
7	UBS São Francisco	São Francisco	Segunda a Sexta-feira - 07h as 17h

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Adaptado com base nos registros em campo/2020.

As unidades supracitadas compõem o quadro de oferecimento de testagem rápida para HIV, Sífilis e Hepatites e oferecem assistência ao pré-natal a gestante HIV. A UBS Morro da Liberdade oferece ainda a profilaxia pós-exposição ao HIV, de segunda a sexta, das 8h às 17h.

Para tanto, aponta-se que as Unidades Básicas são o ponto principal de acesso ao SUS, a perspectiva é que este tipo de equipamento alcance o atendimento de 80% dos problemas de saúde dos brasileiros, sem que haja a necessidade de encaminhamento para outros serviços, como emergências e hospitais. Nestes espaços de produção de saúde as ações de promoção, prevenção e tratamento são direcionadas para diversos tipos de demandas: saúde da mulher, da criança, saúde mental, planejamento familiar, prevenção a câncer, pré-natal e cuidado de doenças crônicas como diabetes e hipertensão (BRASIL, 2020).

Ressalta-se que a coleta de dados em campo se inicia ainda em janeiro de 2020. As entrevistas iniciaram conforme disponibilidade do equipamento e dos profissionais, no fim de

janeiro até meados de março de 2020. Após isso, iniciou-se a análise e tratamento dos dados e discussão qualitativa, finalizando em agosto deste ano.

b. Identificação dos sujeitos e dados secundários de pesquisa

Minayo (2009, p. 48) *ratifica que uma boa seleção dos sujeitos a serem incluídos no estudo é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões*. Nesta direção, optou-se por identificar as gestantes HIV de 2019 do Serviço Atenção Especializada em HIV no âmbito da SEMSA, entrevistar os profissionais deste serviço, verificar a dinâmica de atendimento, e posteriormente entrevistar os profissionais das Unidades Básicas de Saúde, as quais foram identificadas nos prontuários das gestantes do SAE. Sendo assim, foram identificados oito prontuários físicos de gestantes HIV que constavam no acervo do SAE, especificamente em uma pasta. Destas, sete possuíam registro da unidade notificadora, onde a gestante HIV iniciou o pré-natal.

A descoberta de soropositividade para o HIV traz consigo inseguranças e medo. Estes sentimentos se potencializam quando uma mulher passa a gestar uma criança. Cuidar de si para não adoecer, proteger seu bebê e ainda lidar com as mudanças físicas e emocionais inerentes a gravidez, é a realidade de inúmeras brasileiras, que ainda enfrentam a pauperização e o desemprego. Este cenário absolutamente não amistoso não deve ser tomado como todo, pois acredita-se nas possibilidades frente a esta expressão da questão social. Nesta direção optou-se por denominar as gestantes com nomes fictícios, oriundo do latim, e seus significados, os quais se configuram em adjetivos acolhedores e de perspectivas positivas frente ao HIV e a sua transmissão via vertical.

Quadro 11: Caracterização das Gestantes HIV- SAE/UBSs/2019

GESTANTE/2019/SAE	Idade	Cor/raça	Situação Conjugal	Bairro de Residência	Município de Nascimento
1 Beatriz – a que traz felicidade	32	Parda	Convive com companheiro(a)	São Lázaro	Manaus - AM
2 Luna – a iluminada	24	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	São Lázaro	Manaus - AM
3 Letícia – a mulher alegre	26	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	São Lázaro	Manaus - AM
4 Laura – a vitoriosa	18	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	Educandos	Manaus - AM
5 Aurora – aquela que brilha como ouro	14	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	Tarumã	Manaus - AM
6 Valéria – a valente	29	Amarela	Convive com familiar(es) sem	Centro	Manaus - AM

				companheiro(a)		
7	Antônia – aquela com valor inestimável	15	Parda	Convive com companheiro(a) e filho(s)	Crespo	Manaus – AM
8	Vivian – a cheia de vida	Não há registros no prontuário sobre informações cadastrais e o acompanhamento desta usuária no SAE				

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Pesquisa de campo - Prontuários do SAE e das UBSs/2019.

A gestante HIV, que não possui em seu prontuário registros cadastrais e o acompanhamento junto ao SAE, foi excluída do estudo. Ressalta-se que os prontuários do SAE não estavam informatizados, o que impossibilitou encontrar quaisquer outro dado sobre esta mulher. Não havendo registro de encaminhamento da UBS, não se pôde constatar a unidade de notificação que ela iniciou o pré-natal.

Posto isso, parte-se para a identificação dos profissionais de saúde. Os profissionais do SAE e das UBSs, que aceitaram participar da pesquisa estão elencados a seguir:

Quadro 12: Identificação dos profissionais de saúde SAE e UBSs.

Nº	Profissional	Equipamento de Saúde	Vínculo	Formação	Tempo de atuação na área da saúde
1	Médico	Serviço de Atendimento Especializado a pessoa com HIV	Contratado pela ONG AHF	Residência em infectologia	5 anos
2	Técnico de enfermagem		Estatutário	Graduada em enfermagem/ Especialista em Obstetrícia e Urgência e Emergência.	24 anos
3	Enfermeiro		Estatutário	Especialização em Saúde Pública e em Comunicação em Saúde	21 anos
4	Assistente Social		Estatutário	Mestrado	34 anos
5	Enfermeiro	UBS Morro da Liberdade	Contrato	Especialização em Urgência e Emergência/ Terapia intensiva/Neonatal	11 anos
6	Enfermeiro	UBS José Rayol	Estatutário	Especialização em Obstetrícia	28 anos
7	Enfermeiro	UBS Theomário Pinto	Estatutário	Especialização	Mais de 10 anos
8	Enfermeiro	UBS Megumo Kado	Estatutário	Especialização em cardiovascular	Entre 5 a 7 anos

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Pesquisa de campo – entrevistas com os profissionais do SAE e das UBSs/2020.

Os profissionais exclusivos do SAE, à época da pesquisa eram 4: 3 médicos infectologistas e 1 técnica de enfermagem. Os demais profissionais identificados acima, 1 Enfermeiro e 1 Assistente Social faziam parte do quadro da Policlínica Antônio Reis, mas

prestavam o apoio quando demandados a estas gestantes HIV. Com o início da reforma da Policlínica, somente o SAE foi transferido para a UBS Almir Pedreira, neste equipamento a equipe exclusiva passaria a contar com sete profissionais - 3 médicos infectologistas, 1 enfermeiro, 1 técnico de enfermagem, 1 psicólogo e 1 farmacêutico. O Assistente Social cedido da Policlínica para o serviço especializado solicitou uma espécie de licença e passou a não compor a equipe. O Enfermeiro, o Farmacêutico e o Psicólogo foram cedidos pela Policlínica. O psicólogo não se enquadrava nos critérios de inclusão. Com o farmacêutico não se obteve contato, uma vez que ele estava em processo para ser cedido a este novo equipamento.

Em relação as UBSs, os profissionais selecionados foram aqueles responsáveis pelo pré-natal na unidade, uma vez que estes acompanham também as gestantes HIV. Sendo assim, identificou-se quatro profissionais de enfermagem que se enquadravam nos critérios e aceitaram participar do estudo, conforme explicitado na tabela anterior. No total foram identificadas e visitadas sete unidades de saúde, porém em três os profissionais foram excluídos das entrevistas: UBS São Francisco - houve a dificuldade, em duas visitas realizadas, em identificar o profissional de saúde; UBS S11 - o profissional não havia acompanhado gestante HIV; UBS Frank Calderon - a enfermeira que atendeu, em algum momento, gestante HIV, estava de licença por motivos de saúde.

Os dados secundários de pesquisa foram extraídos de documentos oficiais como os Boletins Epidemiológicos e a plataforma de indicadores e dados básicos do HIV/AIDS nos municípios brasileiros, no âmbito ministerial, Estadual e Municipal, Relatórios anuais de gestão municipal SEMSA e estadual SUSAM e o Plano Municipal de Saúde de Manaus 2018-2021. Além disso, a pesquisa contou com a disponibilização pela Coordenação Municipal de DST e Aids do banco de dados do SINAN municipal, com informações das gestantes HIV nos anos de 2017, 2018 e 2019, assim como as notificações de transmissão vertical do HIV e Aids em menores de 5 anos.

Foram identificados oito prontuários de gestante HIV no SAE e a partir da coleta das evoluções dos profissionais neste documento constatou-se em sete deles as Unidades Básicas de Saúde que referenciaram estas mulheres. Nestas UBSs verificou-se também os prontuários destas mesmas gestantes HIV e retirou-se os elementos principais que denotam como se materializou a assistência à saúde para estas usuárias nesta espécie de equipamento. O acesso aos prontuários se deu nas unidades supracitadas, quatro unidades possuíam a informatização dos prontuários e em três delas a coleta foi retirada do documento físico. Mesmo naquelas

unidades em que o profissional por algum motivo não foi incluído na pesquisa para a entrevista, não se obteve dificuldade em acessar os prontuários das gestantes HIV.

Para atingirmos os sujeitos de pesquisa foram delimitados os seguintes critérios: Critérios de inclusão: a) Profissional de nível superior com atuação no SAE e que realiza atendimento contínuo de gestante HIV; b) Profissional de nível superior com atuação em UBS que tenha notificado caso de gestante HIV. Critérios de exclusão: a) Profissionais de nível superior de UBS e do SAE que estiverem de férias, licença para tratamento de saúde, licenças prêmio, entre outras.

c. Instrumentos de coleta de dados e a Análise dos dados

As técnicas a serem utilizadas, segundo Minayo (2009), são direcionadas à produção de dados primários, ou seja, o pesquisador produz o dado na interação direta com os sujeitos através de entrevistas, observações, aplicação de questionários e à busca de dados secundários a partir de documentos, banco de dados etc.

Para tanto, a produção de dados se deu através das entrevistas, guiadas pelo roteiro semiestruturado (APENDICE C) junto a 4 profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Especializado a pessoa com HIV, da Policlínica Antônio Reis, e 4 profissionais de saúde das Unidade Básicas de Saúde. Todos os participantes da pesquisa procederam, após a leitura, à assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE (APENDICE D). Além disso, no decorrer da observação do campo e realização das entrevistas foram coletados, dos prontuários tanto do SAE e UBSs, através de um roteiro pré-estabelecido (APENDICE E), dados das gestantes HIV de 2019 que denotam o perfil socioepidemiológico destas mulheres e a assistência à saúde ofertada pelos equipamentos de saúde. A SEMSA disponibilizou também o banco de dados do SINAN municipal com as notificações de gestante HIV dos anos de 2017, 2018 e 2019, e ainda os dados de Aids em menores de 5 anos pela rede municipal de 2017, 2018 e 2019 e notificações de transmissão vertical pela rede municipal de 2017-2019. Os dados foram organizados e tratados e, por conseguinte, analisados de forma qualitativa.

Com vistas a edificar a construção de um conhecimento consistente e coerente sobre o tema investigado, que se optou por analisar os achados de pesquisa qualitativamente. Taquette (2016, p. 527) aponta que o tratamento de dados qualitativos didaticamente pode ser dividido em 3 etapas interligadas: descrição, análise e interpretação.

Na etapa da descrição objetiva-se que as opiniões dos diferentes sujeitos sejam preservadas de maneira fidedigna. Já na análise produz-se a decomposição de um conjunto de

dados, procurando as relações entre as partes que o compõem, com vistas a expandir a descrição. A interpretação pode ser uma sequência da análise e pode também ser desenvolvida após a descrição. Esta objetiva buscar os sentidos das falas e das ações para alcançar a compreensão ou explicação para além dos limites do que é descrito e analisado (TAQUETTE, 2016).

3.2 Entre o preconizado e o instituído: problematizando os elementos identificados nos prontuários das gestantes HIV no SAE e nas Unidades Básicas de Saúde.

Na sociedade contemporânea a transmissão vertical do HIV ganha contornos significativos. No mundo, aproximadamente 1,4 milhões de mulheres que vivem com HIV engravidam. Caso não tenham acesso à assistência à saúde e principalmente à medicação antirretroviral, a possibilidade de transmissão via vertical, seja na gestação, parto ou puerpério, é expressiva, de 15-45% (UNAIDS, 2015). A UNAIDS em 2019 ratificou que mesmo com os avanços expressivos no tocante ao enfrentamento desta problemática, e a estabilização em ritmo de queda, a infecção por via vertical persiste. Estima-se que, a cada ano, 3,5 mil bebês ainda nasçam com HIV nas nações Latinas e Caribenhas.

No país, com base nos dados do SINAN, no período de 2000 até junho de 2019, foram notificadas 125.144 gestantes infectadas com HIV, sendo que 8.621 foram registradas no ano de 2018. No ano de 2018, a maioria dos casos de Aids em menores de 13 anos, 86,2%, teve como via de infecção a transmissão vertical. Os casos registrados de menores de 5 anos, um indicador de transmissão vertical do HIV, somaram, de 2017-2019, 680 notificações. Os índices de transmissão vertical do HIV em 2019 foram de 262 registros (BRASIL, 2019).

As regiões norte e nordeste foram as que apresentaram maior incremento nas taxas de detecção em gestantes com HIV, nos últimos dez anos. Segundo Brasil (2019), das unidades da federação o Amazonas se destaca com a quinta posição no *ranking* de taxas de detecção de HIV em gestantes com 275 notificações, com 3,5 casos por 1.000 nascidos vivos, apresentando-se superior à taxa nacional em 2018. O dado Estadual em relação a Aids em menores de 5 anos totalizou 34 casos, somados os anos de 2017, 2018 e 2019, e 12 notificações, no período supracitado, em indivíduos do sexo masculino com 13 anos de idade ou mais, cuja categoria de exposição foi via de transmissão vertical. A capital do Amazonas, Manaus, contabilizou nos anos de 2017, 2018 e 2019 530 notificações de gestante HIV. Além deste dado, foram notificados no SINAN, neste período, 32 casos de Aids em menores de 5 anos (BRASIL, 2019).

Tais números possibilitaram indagações a respeito do acompanhamento do binômio em âmbito local: por que a notificação em crianças ocorreu na prevalência da doença? As crianças foram infectadas com o HIV em que momento especificamente, gestação, parto ou puerpério? Caso a infecção tenha se dado via intrauterina, a gestante HIV aderiu ao pré-natal, foi testada, e confirmada a condição HIV foi referenciada ao Serviço de Atendimento Especializado em HIV - SAE de seu distrito de saúde para receber assistência? Caso tenha abandonado o pré-natal na Unidade Básica de Saúde - UBS ou não aderido ao tratamento da condição HIV junto ao SAE, as equipes de referência desses serviços de saúde realizaram busca ativa desta gestante? A comunicação entre estes estabelecimentos se deu na perspectiva de cuidado compartilhado? A maternidade na qual a gestante foi vinculada acolheu esta gestante por ocasião do parto e adotou as primeiras medidas profiláticas relacionadas ao bebê?

Mesmo diante da existência da Rede Cegonha, Linhas Guia, Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas – PCDTs persistem os índices de crianças menores de 5 anos com Aids. Sendo, assim, importou questionar também se: a equipe da maternidade está preparada para receber gestantes na condição HIV? As gestantes ao chegarem na maternidade foram testadas para o HIV? Os cuidados profiláticos como a testagem para o HIV e o uso de antirretrovirais, mesmo que a gestante HIV tenha realizado o uso da terapia antirretroviral e possua carga viral estável, foram realizados? Após o parto, a equipe de saúde da maternidade orientou esta gestante dos riscos de lactação, encaminhando a mesma ao serviço que disponibiliza a fórmula láctea à criança? Na alta, esta gestante saiu da maternidade com consulta agendada no serviço especializado, para seu acompanhamento e o da criança, e com a fórmula láctea para os primeiros dias?

Inúmeros questionamentos permearam o objeto deste estudo. Responder tais indagações seria importante, porém a pesquisa não teve a pretensão de abarcar o amplo conjunto de questionamentos, mas os achados nos prontuários destas gestantes HIV identificados no SAE Dr. Antônio Reis e nas UBSs permitiram problematizar pontos da atenção que se conectam com as indagações supracitadas. Para tanto, identificar o perfil das gestantes HIV de 2019 emergidas destes equipamentos de saúde da SEMSA, assim como o delineamento do acesso aos serviços, denotados nos registros dos profissionais, é ponto preambular deste tópico.

Quadro 13: Caracterização das Gestantes HIV- SAE/UBSs/2019

	GESTANTE/2019/SAE	Idade	Cor/raça	Situação Conjugal	Bairro de Residência	Município de Nascimento
1	Beatriz – a que traz felicidade	32	Parda	Convive com companheiro(a)	São Lázaro	Manaus - AM

2	Luna – a iluminada	24	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	São Lázaro	Manaus - AM
3	Letícia – a mulher alegre	26	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	São Lázaro	Manaus - AM
4	Laura –a vitoriosa	18	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	Educandos	Manaus - AM
5	Aurora – aquela que brilha como ouro	14	Parda	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	Tarumã	Manaus - AM
6	Valéria – a valente	29	Amarela	Convive com familiar(es) sem companheiro(a)	Centro	Manaus - AM
7	Antônia – aquela com valor inestimável	15	Parda	Convive com companheiro(a) e filho(s)	Crespo	Manaus – AM
8	Vivian – a cheia de vida	Não há registros no prontuário sobre informações cadastrais e o acompanhamento desta usuária no SAE				

Fonte: Pesquisa de campo - Prontuários do SAE e das UBSs/2019

As gestantes HIV identificadas estão compreendidas na faixa etária de 14 a 32 anos. A maioria é de cor parda e convive com familiares sem companheiro. A maioria reside no âmbito no território do distrito sul, sendo que apenas uma delas reside nos limites do distrito oeste. Os achados sobre cor/raça são similares aos dados nacionais, os quais indicam que a maioria das notificações no país apontam para gestantes HIV que se autodeclararam pardas (BRASIL, 2019). A faixa etária constatada se diferencia, uma vez que compreende gestantes HIV de 14 a 32 anos e nacionalmente verifica-se a expressividade de casos na faixa dos 20 a 24 anos. Porém, conferiu-se que os dados de Aids no Amazonas registraram em 2019 uma quantidade de notificações em sujeitos de 15 a 24 anos, havendo uma maior proximidade com a faixa etária deste estudo (Indicadores de AIDS, 2020).

Para tanto, infere-se que estas mulheres são aquelas em idade produtiva e reprodutiva, que se encontram nesta jornada, parcela expressiva, contando com o apoio de seus familiares, sem a presença do companheiro. A família neste contexto, caso tenha conhecimento da soropositividade da gestante HIV, pode se configurar como uma estratégia de enfrentamento à transmissão vertical do vírus, pois, ao apoiar e, principalmente, acolher esta mulher em seu seio, possibilitará uma melhor adesão ao pré-natal e ao acompanhamento e tratamento à sua condição HIV. Os estudos de Galvão e Paiva (2011) e Gonçalves e Piccinini (2008) ratificam que o suporte familiar contribuiu para o fortalecimento das mulheres no que concerne ao acompanhamento e o tratamento do HIV e da Aids. Este apoio ganha muita relevância ao estar interligado ao fato de ter alguém na dimensão delas confiável

para cuidar de seus filhos, quando necessário, ou que a apoie, após o gestar, nas demais atividades, com vistas a dedicar-se exclusivamente ao bebê.

Constatou-se, ainda, na pesquisa que uma gestante HIV moradora do bairro Tarumã, distrito de saúde oeste, buscou assistência à condição HIV e o pré-natal em unidades do distrito sul. O itinerário que está gestante realizou permitiu inferir que diversos fatores enredaram o acesso aos serviços de saúde em seu distrito, na busca principal de qualidade de vida para si e seu bebê: receio de a família, vizinhos e amigos suspeitarem e/ou descobrirem seu diagnóstico, o que a levou a buscar a assistência distante de seu local de moradia; insuficiência de serviços de referência ou de difícil acesso; a gestante HIV não se sentiu acolhida nos equipamentos que buscou atendimento no distrito oeste; a gestante residia antes no distrito sul, onde iniciara o seu acompanhamento, e, ao se mudar para o distrito oeste, optou por dar seguimento naquele território.

Para tanto, Jesus, *et al.* (2017. p.307) ao realizarem um estudo qualitativo com 26 pacientes de dois Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids de um município de grande porte da região noroeste do estado de São Paulo, com o intuito de identificar e explorar as dimensões das dificuldades enfrentadas por Pessoas Vivendo com HIV/Aids no manejo da doença, constataram que: *o preconceito vivido no contexto familiar e social; o gerenciamento de parcerias afetivas e sexual; e o manejo do tratamento e o alcance da qualidade de vida* apresentam-se como os obstáculos recorrentes, condicionantes e em alguns casos determinantes na vida das pessoas com HIV na busca pela qualidade de vida.

O acompanhamento nas unidades de referência contribui para que a gestante HIV e seu bebê obtenham qualidade de vida, sobretudo na direção da prevenção da transmissão vertical do vírus. Sendo assim, verifica-se que o acompanhamento da gestante HIV nos equipamentos do Disa Sul, em Manaus se deu da seguinte forma:

Quadro 14: Registros dos prontuários das gestantes HIV – UBS/2019

Unidades Básicas de Saúde	Gestantes HIV/2019	Diagnóstico do HIV/ Ano	Profissionais que registraram no prontuário	Nº de consultas de pré-natal	Idade gestacional no início do pré-natal
São Francisco	Beatriz – a que traz felicidade	Reagente em 2019	Enfermeiro Médico Assistente Social	8	19 semanas
Morro da Liberdade	Luna – a iluminada	Reagente em 2015 Refez o teste em 2019 ao iniciar o pré-natal	Enfermeiro Médico	6	32 semanas e 1 dia
Theomário Pinto	Letícia – a mulher alegre	Reagente em 2015 Refez o teste em 2019 ao iniciar o pré-natal	Enfermeiro Médico Assistente Social	6	Não há registro no prontuário

Megumo Kado	Laura – a vitoriosa	Reagente em 2019	Enfermeiro Médico	9	9 semanas
Dr. José Rayol	Aurora – aquela que brilha como ouro	Resultado indeterminado para HIV	Enfermeiro Médico	9	25 semanas e 6 dias
S – 11	Valéria – a valente	Reagente em 2015	Não há registro no prontuário	Não há registro no prontuário	Não há registro no prontuário
Frank Calderon	Antônia – aquela com valor inestimável	Reagente em 2019	Diretora da Unidade Enfermeiro da Estratégia Saúde da Família	2	15 semanas e 1 dia

Fonte: Pesquisa de campo - Prontuários do SAE e das UBSs/2019.

Os índices de diagnóstico para HIV em mulheres têm se dado majoritariamente durante o período gestacional, o que impulsionou a adequação da política de saúde na atenção pré-natal, mediante a oferta sorológica anti-HIV. Sendo assim, a testagem e o aconselhamento se configuraram como partes essenciais no pré-natal. Logo, a testagem deve ser realizada no primeiro trimestre ou na primeira consulta pré-natal, repetindo-a no terceiro trimestre da gestação (BRASIL,2010b). As gestantes HIV deste estudo, em sua maioria, conforme a tabela apresentada, realizaram a testagem de HIV na primeira consulta de pré-natal.

A primeira consulta de pré-natal, segundo Peixoto (2014), é direcionada pela prevenção e orientação, com vistas a determinar o quadro de saúde, naquele momento, da gestante, e identificar doenças preexistentes e estabelecer seus tratamentos. Portanto, este primeiro contato deve acontecer o mais precoce possível, dada a suspeita de gravidez. Dentre as gestantes HIV elencadas, 03 delas iniciaram o pré-natal no segundo trimestre da gestação, seguidas das que não havia registro no prontuário do período gestacional na primeira consulta. A gestante HIV, Laura, iniciou o seguimento no primeiro trimestre, como é preconizado nos protocolos. Já Luna, iniciou o pré-natal tardiamente, no terceiro trimestre de gestação. A questão da captação precoce desta gestante deve ser realizada pela equipe de atenção básica, mais precisamente as de estratégia saúde da família, uma vez que estes profissionais têm mais proximidade com a comunidade na qual está inserido o equipamento. O pré-natal iniciado no período não indicado ou não realizado contribui para a possibilidade de novos índices de transmissão vertical do HIV, assim como incremento dos casos de AIDS em adultos do sexo feminino e de doenças oportunistas.

As discussões dos autores, Farias, *et al.* (2014), em um estudo realizado com 89 gestantes HIV do Rio Grande do Sul, denotam que as gestantes que apresentaram carga viral indetectável foram aquelas que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, realizaram um maior número de consultas, eram mais escolarizadas e possuíam maiores escores de apoio

emocional. Estas mulheres, iniciaram o uso de antirretrovirais antes, favorecendo a redução da carga viral a níveis indetectáveis nas últimas semanas de gravidez.

A responsabilidade de adesão a estas medidas de prevenção à transmissão vertical, segundo os autores, parte da preocupação desta mulher HIV com a gestação e o bebê. A adesão precoce está atrelada a um maior contato com o serviço de saúde, aos momentos de educação em saúde e aos profissionais que as acompanham, seja na UBS ou equipamento de referência da condição HIV. Porém, o início tardio do pré-natal, denota as dificuldades individuais que esta gestante HIV vivencia e as falhas do sistema de saúde em promover o diagnóstico precoce e atendimento especializado (FARIAS, *et al*, 2014).

Para tanto, o número de consultas realizadas no pré-natal pode ser considerado um indicativo de eficiência deste seguimento, assim como o acesso a exames laboratoriais e de imagem. A pesquisa revelou que as gestantes HIV realizaram um quantitativo que compreende de 6 a 9 consultas de pré-natal, sendo que uma delas realizou apenas 2 consultas. O Ministério da Saúde, preconiza em seus documentos que o número *mínimo* de consultas do seguimento em questão, levando em conta o risco habitual da gestação, não deve ser inferior a seis, considerando-se a idade gestacional verificada na primeira consulta. O índice abaixo do preconizado revela a deficiência no acompanhamento da gestante no equipamento (PEIXOTO, 2014). A solicitação e resultados de exames complementares também devem ser realizados da forma correta e oportuna, sendo a responsabilidade dos médicos e da gerência do equipamento a observância dessas condições (QUALIAIDS, 2016). A pesquisa identificou que apenas três gestantes realizaram exames laboratoriais e de imagem, duas delas aguardavam o atendimento da solicitação dos exames supracitados e as demais não possuíam registro sobre este ponto em seus documentos.

Os exames laboratoriais e de imagem são ferramentas que permeiam o processo de integralidade da atenção à saúde, são necessários com vistas a fundamentar o diagnóstico e a melhor conduta para cada paciente (TELES, 2016). O PCDT de prevenção à transmissão vertical do HIV de 2018 indica os exames necessários para garantir a saúde da mulher e do bebê, na gestação, parto e puerpério. A não oferta e realização de exames por parte dos equipamentos de saúde à gestante HIV implica na perda de oportunidade de diagnóstico e bom acompanhamento terapêutico. *A não ocorrência desse acesso pode provocar impactos negativos na prevenção de doenças e comorbidades associadas, podendo representar elevados custos financeiros aos serviços de saúde* (MENDES, 2010, SOUZA, 2014 citado por TELES, 2016, p. 35). Neste sentido é necessário potencializar a estruturação e organização dos laboratórios, que estejam próximos do território destas mulheres ou nas unidades que elas

já fazem acompanhamento e que os exames sejam prescritos e registrados em seus documentos e/ou sistema destes equipamentos.

Infere-se que o número de consultas realizadas pelas gestantes HIV pesquisadas se configura como um indicativo positivo, porém a maioria iniciou o pré-natal a partir do segundo trimestre de gravidez, exigindo que a estratégia de captação precoce seja impulsionada. O acesso aos exames laboratoriais e de imagem também necessitam de um reordenamento. No entanto, a UBS Frank Calderon, no acompanhamento do seguimento, não cumpriu o protocolo instituído, pois a gestante HIV abandonou o pré-natal e realizou apenas duas consultas no início do segundo trimestre, e não houve por parte da equipe a realização de busca ativa. Ressalta-se que é de responsabilidade da atenção primária a realização da *busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto* (BRASIL, 1990).

Uma estratégia prioritária frente a epidemia do HIV e suas nuances é o cuidado integral da equipe multiprofissional de saúde. O Ministério da Saúde (2017) ratifica que este cuidado compartilhado entre os serviços, profissionais e o usuário se configura como um mecanismo de resolutividade das demandas através do uso de tecnologias leves. Em relação a este acompanhamento na UBS apurou-se que este majoritariamente é realizado pela enfermagem, seja o responsável pelo pré-natal na unidade ou pela estratégia saúde da família e o profissional de medicina. Em dois documentos constavam o registro do Assistente Social e em um deles verificou-se uma evolução da diretora da unidade. As figuras expressivas do médico e enfermeiro são salutaras no contexto da assistência à gestante HIV, mas o foco da atenção ainda prevalece sobre os aspectos clínicos e gestacionais. O conhecimento técnico de outros profissionais e especialidades, que identifiquem os demais fatores que condicionam a qualidade de vida desta mulher e seu bebê - adequação nutricional, as situações de cunho psicológico que dificultam a continuidade de seguimento e tratamento, os aspectos da realidade social que incidem sobre a vida destes sujeitos, dentre outras questões – são pontos necessários nesta rede de cuidados (STARFIELD, 2002).

No caso da gestante HIV as orientações e encaminhamentos da equipe devem visar primordialmente a assistência de qualidade à gestante HIV com vistas a prevenção da transmissão vertical. Sendo assim, verificou-se nos prontuários da gestante que não havia nenhum registro de encaminhamento da indicação de via de parto e orientação sobre a não amamentação e a disponibilização da fórmula láctea. Estes pontos configuram-se como estratégias de proteção ao recém-nascido, no parto e puerpério respectivamente. Sendo assim, compreende-se que estas medidas de prevenção foram obliteradas nestes equipamentos, e

caso não forem efetivadas no SAE e/ou na maternidade de referência este bebê encontra-se em risco de infecção.

O Ministério da Saúde em 2010 divulgou um documento com Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes, o qual aconselha que a definição da via de parto aconteça no pré-natal. Tal aceção necessita ser fundamentada no resultado da carga viral materna, realizada a partir da 34ª semana, agregada a avaliação obstétrica. Orientações sobre a não amamentação é responsabilidade da equipe multiprofissional que acompanha a gestante HIV. O Qualiaids (2016) expressa tal responsabilidade quando afirma que os *profissionais de saúde devem estar aptos a informar e discutir com seus pacientes as alternativas existentes de reprodução e contraceção, orientando quanto ao melhor momento para concepção*, o que engloba as condições que favorecem e dificultam a transmissão vertical do HIV durante a gestação, parto e amamentação, no caso de mulheres que vivem com HIV. Em relação a fórmula láctea, o PCDT para prevenção da transmissão vertical do HIV (2018) recomenda que puérpera com HIV deve ser também informada, com os devidos encaminhamentos, em todos os equipamentos de referência no cuidado compartilhado (UBS/SAE/Maternidade) sobre o direito a receber fórmula láctea infantil.

Em Manaus, a SEMSA disponibiliza a fórmula láctea também às crianças com HIV, estas se enquadram no seguimento daquelas com menos de 12 meses de idade, e o responsável deve apresentar no cadastramento a prescrição médica, com CID que justifica a substituição do leite materno por fórmula infantil. Porém, o binômio ao sair da maternidade deve levar consigo a alimentação necessária até a dispensação através do programa supracitado (SEMSA, 2020).

Verifica-se que as Unidade Básicas de Saúde têm responsabilidade precípua no tocante a assistência à gestante com HIV, no entanto necessitam do apoio dos serviços especializados (QUALIAIDS, 2016). Com vistas a desnudar este trabalho compartilhado, traz-se também como as gestantes HIV foram acompanhadas no SAE Dr. Antônio Reis, em 2019.

Quadro 15: Registros dos prontuários das gestantes HIV – SAE/2019

SAE Dr. Antônio Reis	Gestantes HIV/2019	Profissional de atendimento da Primeira Consulta (SAE)	Profissionais do SAE com registro de acompanhamento	Nº de consultas realizadas durante a gestação no SAE	Idade gestacional registrada na primeira consulta no SAE
	Beatriz – a que traz felicidade	Médico Infectologista	Médico infectologista e o Assistente Social	4	21 semanas

Luna – a iluminada	Médico Infectologista	Médico	2	36 semanas
Letícia – a mulher alegre	Médico Infectologista	Médico	1	30 semanas
Laura – a vitoriosa	Enfermeira	Médico	3	20 semanas
Aurora – aquela que brilha como ouro	Médico Infectologista	Médico infectologista e a Enfermeira	1	Não registrado
Valéria – a valente	Médico Infectologista	Médico	3	23 semanas
Antônia – aquela com valor inestimável	Enfermeira	Médico infectologista e a Enfermeira	2	15 semanas

Fonte: CAMPOS, S. F.; SILVA, M. P. M. Pesquisa de campo - Prontuários do SAE/2019

As gestantes diagnosticadas com HIV, a partir de qualquer metodologia de testagem, devem ser encaminhadas para o seguimento pré-natal de alto risco ou SAE, de acordo a situação clínica, devendo manter o vínculo com a Atenção Básica (BRASIL, 2018, p. 79). Portanto, o acompanhamento das gestantes HIV foi iniciado predominantemente no segundo trimestre de gestação, seguido daquelas que iniciaram no terceiro trimestre. Estas mulheres foram identificadas nas UBS supracitadas e encaminhadas ao SAE. As gestantes: Luna, Letícia, Aurora e Antônia buscaram o serviço de referência em no máximo duas semanas, mas Beatriz e Laura dirigiram-se ao SAE, somente, após 1 mês e 2 meses, respectivamente. Na primeira consulta, parcela expressiva destes sujeitos, foram recebidas pelo médico infectologista e apenas duas destas gestantes HIV foram consultadas primeiramente pelo enfermeiro.

Os serviços de Atenção Especializada em HIV se configuram como unidades ambulatoriais, cujo objetivo é oferecer ações de assistência, prevenção e tratamento ao segmento supracitado. As equipes destes serviços, minimamente, devem combinar as atuações de Médicos infectologistas, Psicólogos, Enfermeiros, Farmacêuticos, Nutricionistas, Assistentes Sociais, Educadores, entre outros (ABRÃO, *et al*, 2014). A condição crônica inerente ao HIV exige um processo de cuidado contínuo, por isto não se recomenda um número de consultas ideal a ser oferecido pela equipe do SAE. No caso de gestante HIV o encaminhamento deve se dar de forma oportuna, ou seja, a mulher HIV deve ser captada precocemente para realização do pré-natal e ser testada para o HIV e outras ISTs, constatada a soropositividade, o encaminhamento ao serviço especializado deverá ser imediato, com vistas

a tratar a condição HIV e proteger o bebê da transmissão via vertical (BRASIL, 2010b). Além disso, o estudo de Abrão, *et al* (2014), que buscou descrever os aspectos estruturais e organizacionais de três serviços de assistência especializada em HIV/AIDS de Recife, permite inferir que o acompanhamento das gestantes HIV identificadas na pesquisa pelo médico especialista em infectologia pode se configurar como uma estratégia frente a transmissão por via vertical, uma vez que a partir das análises comprovou-se que as consultas com este profissional assumiram a função de facilitadoras no processo saúde-doença, contribuindo com uma maior adesão dos usuários ao tratamento, inclusive quando esse acompanhamento foi realizado pelo mesmo profissional.

Um fator que corrobora para a atenção de qualidade à gestante HIV é o acesso aos exames de monitoramento. *O SAE também pode ter um posto de coleta de amostras para exames laboratoriais que poderão ser processados em laboratório local ou enviados ao laboratório de referência, dependendo da complexidade e possibilidade do custo* (SILVA, 2007, p. 159). A maioria das mulheres HIV elencadas (quatro) apresentaram no equipamento supracitado os exames laboratoriais específicos da condição HIV, seguido daquelas, duas gestantes HIV, que aguardavam a realização dos referidos exames. No prontuário de Aurora não constava o registro de solicitação ou realização de exames de qualquer natureza. Além disso, em seis prontuários não houve registro de solicitação do exame de genotipagem, apenas o de Beatriz constava registro no prontuário com esta solicitação específica. Ressalta-se que a detecção por parte da equipe de saúde, de doença oportunista (sífilis) em Beatriz só foi possível através dos exames de teste rápido e sorológico.

A abordagem laboratorial configura-se como momento ímpar no acompanhamento da gestante HIV. O acesso a exames, principalmente os de monitoramento, permite verificar as condições de saúde desta mulher, assim como a questão virológica e imunológica que permeia a infecção. Além disso, este seguimento possibilita detectar comorbidades e fatores que possam interferir na evolução da gravidez. A realização do exame de genotipagem é imprescindível para delinear um esquema antirretroviral eficaz, o que impacta diretamente na TV do HIV. Esta deve ser uma prioridade do serviço de referência, mas a espera deste resultado não pode obstar o início imediato dos medicamentos (BRASIL, 2018).

Silva (2007) ratifica que ao médico cabe a atribuição de prescrever os exames de maior complexidade como os referentes a carga viral, CD4/CD8, genotipagem, tomografias, dentre outros, e munido dos resultados de exames verificará a melhor interação medicamentosa para o quadro clínico da gestante HIV, orientando-a quanto a forma de consumo das medicações e horários de administração, pois *é imprescindível que essas*

mulheres recebam informações sobre os benefícios da TARV e que lhes seja garantido espaço para a discussão de eventuais temores sobre possíveis impactos negativos das medicações nos fetos e RN (BRASIL, 2018, p.91). Nesta direção, a pesquisa constatou que Beatriz e Luna iniciaram a TARV na primeira consulta. As gestantes HIV, Laura e Antônia na segunda consulta, pois a primeira consulta foi realizada com o profissional de enfermagem. As demais mulheres HIV não possuíam em seus respectivos prontuários evoluções que constavam em que momento foi iniciado o uso da TARV. Os esquemas registrados contaram com a associação de 3TC + TDF+ EFZ, em 3 casos, seguidos do uso de 3TC+TDF+DTG, 1 caso, e a associação de RAL+ 3TC + TDF indicada para uso de duas das gestantes. Em um prontuário não havia registro.

Recomenda-se que a gestante HIV ao iniciar o tratamento com a ARV faça uso do esquema preferencial de Tenofovir (TDF) + Lamivudina (3TC) + Raltegravir (RAL), uma vez que há a facilidade posológica (TDF+3TC) - dose única diária -, uma satisfatória tolerância durante a gestação e a não associação do uso desta combinação com o aumento de defeitos congênitos no primeiro trimestre de gestação. Em relação ao RAL, este tem grande eficácia na diminuição rápida da CV-HIV, apresentando-se bastante tolerável, uma vez que sua ação não potencializa os efeitos adversos. Além disso, possui alta transferência placentária. O medicamento supracitado deve ser prescrito para uso em dose habitual de 400mg, em duas tomadas diárias (BRASIL, 2018).

A associação com o Dolutegravir foi oferecida a uma das mulheres, o qual é considerado pela OMS como o tratamento de primeira e segunda linha preferido para mulheres grávidas e com potencial para engravidar, atualmente. Este medicamento encontra-se incorporado ao SUS objetivando o tratamento preferencial inicial e resgate terapêutico nos casos de falha à TARV. Porém, o PCDT para transmissão vertical do HIV contraindica o uso deste ARV, uma vez que a época da publicação as evidências apresentavam-se pouco seguras (BRASIL, 2019). A combinação de 2 ITRN(t)¹⁷ + Efavirenz¹⁸ foi indicado para a maioria das gestantes HIV da pesquisa. O EFZ apresenta moderada transferência placentária para o feto, o risco de aumento de defeitos congênitos à exposição na gestação é inexistente (BRASIL, 2018), porém se recomenda rastreio para depressão no pré-natal e pós-parto, uma vez que as evidências indicam associação ao EFZ a transtornos psiquiátricos (GONÇALVES, 2015).

Outros fatores que corroboram como estratégias frente a transmissão vertical do HIV são a vinculação junto a maternidade de referência e a notificação compulsória dos casos de

¹⁷ Inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo.

¹⁸ ITRNN = Inibidor da transcriptase reversa não-análogo de nucleosídeo.

gestante HIV, transmissão vertical do vírus e Aids em menores de 5 anos. A vinculação à maternidade de referência é um direito das usuárias gestantes do SUS, afiançado através da Lei nº 11.634/2007. A SEMSA ratifica que à gestante, seja HIV⁺ ou não, são garantidos o conhecimento e a vinculação prévia à maternidade, com vistas a conhecer o espaço e os serviços onde possivelmente ocorrerá o seu parto, e, se necessário, o atendimento em casos de intercorrências no pré-natal. A equipe da UBS que acompanha a gestante HIV tem a atribuição de orientar sobre a visita de vinculação e confirmar sua realização durante o pré-natal (SEMSA, 2020).

Nas UBSs identificadas na pesquisa verificou-se nos registros dos prontuários, que apenas o de Laura constava a realização da visita de vinculação, mas sem data especificada. No SAE detectou-se que o encaminhamento de vinculação à maternidade foi registrado no prontuário de Luna, nos das demais gestantes HIV não havia tal informação. O encaminhamento de vinculação à maternidade, por meio das UBSs e o SAE, não foi registrado nos documentos da maioria das gestantes HIV. Este cenário permite inferir que estas podem ter sido encaminhadas em algum momento durante o pré-natal, porém os profissionais não registraram no documento de saúde delas, o que leva a outra ponderação, não houve comprometimento para nos registros, por parte dos profissionais, pois este referenciamento é um ponto crucial no contexto do cuidado compartilhado e deve constar se foi materializado ou não. Esta é uma outra inferência que pode ser feita: não se concretizou a visita de vinculação de seis gestantes HIV, e isto poderá contribuir na peregrinação destas mulheres em busca de assistência no momento do parto.

A notificação compulsória é uma atividade importante para a prática do serviço (QUALIAIDS, 2016). Esta ferramenta é salutar para se compreender a magnitude da problemática, através dos dados e o controle do HIV e sua transmissão vertical. Os profissionais responsáveis e capacitados devem garantir o preenchimento adequado de todos os campos do documento, com exatidão e dados completos. Isto é requisito essencial para a qualidade das informações. A pesquisa possibilitou verificar se as notificações das usuárias foram preenchidas de forma qualitativa, em ambos os equipamentos – SAE e UBSs. Nas UBSs elencadas verificou-se que as notificações de Luna e Laura foram realizadas. No prontuário de Valéria havia o registro de notificação realizada no ano de 2016, e nos demais prontuários não foi identificado o registro de preenchimento da notificação. No SAE encontrou-se nas evoluções do prontuário de Laura, Aurora e Antônia que as notificações foram preenchidas. Quatro deles não possuíam essa informação. Sendo assim, compreende-se que esta ação necessita ser materializada e qualificada, o quanto antes, pois as subnotificações

contribuem com estimativas equivocadas, recaindo de forma negativa na prevenção e no controle e ainda incidindo em uma sublocação de recursos e ações de saúde (CARVALHO *et al.*, 2011).

Para tanto, compreende-se que as ações de enfrentamento à transmissão vertical do HIV indicadas até então são condicionadas pelas tecnologias leves e leve-duras no processo de trabalho em saúde. Nesse sentido, os saberes bem estruturados, a produção de vínculo através do acolhimento, elementos precípuos no contexto supracitado, devem estar imbricadas no trabalho cotidiano da equipe multiprofissional (MERHY, 2003). O acompanhamento a gestante com HIV pela equipe de saúde no SAE Dr. Antônio Reis tem predominância da figura do médico infectologista. Em apenas um dos prontuários verificou-se uma evolução do técnico de enfermagem e em outro documento o preenchimento de orientações e encaminhamentos por parte do Assistente Social. Em dois distintos prontuários verifica-se apenas uma evolução do profissional de Enfermagem. Não consta, em nenhum dos documentos, evoluções do Farmacêutico e do Psicólogo, a este último há registro de encaminhamento da gestante HIV Antônia, no prontuário.

Este dado é intrigante e permite apontar que há indícios de que o trabalho multiprofissional, no que diz respeito ao acompanhamento da gestante HIV, não se materializou, além disso, que a comunicação interna destes profissionais é dificultosa, o fluxo não possui continuidade dentro da unidade de saúde. Esta realidade compromete a assistência a estas mulheres, pois para além dos aspectos clínicos coexistem as dimensões de um ser social, que pode estar lidando com um diagnóstico novo para o HIV, o medo de manifestar a doença Aids, a gestação, a possibilidade de infecção de seu bebê pelo HIV, o desemprego, a falta ou insuficiência de moradia, o não apoio familiar, dentre outros aspectos. A realidade imbricada no desenvolvimento do trabalho multiprofissional é salientada por Silva *et al.*, (2002, p.109) ao expor que as intervenções da equipe de saúde não têm garantido respostas adequadas às demandas, pois as práticas apresentam-se *isoladas e muitas vezes concorrentes, demonstrando uma dificuldade de interação entre diferentes competências técnicas*.

A busca da eliminação dos índices de transmissão vertical do HIV não se apresenta isolada das demandas da população brasileira, especificamente das mulheres, por saúde. Garantir a cobertura efetiva da atenção primária em saúde é salutar, pois sem a cobertura da APS muitas mulheres não serão alcançadas no pré-natal e não terão acesso ao diagnóstico precoce, seja de HIV, de sífilis, de hepatites ou outro agravo. Esta não cobertura reflete diretamente nos índices de morbimortalidade materna e infantil e em números de crianças expostas ao HIV.

Ademais, compreende-se que a materialização do direito à saúde não é a realidade para muitos sujeitos e, no caso do Amazonas, agrava-se a questão devido ao dado de que o Estado apresenta o Índice de Vulnerabilidade Social¹⁹ considerado *muito alto* e Manaus encontra-se com Índice de Vulnerabilidade Social *médio* (IPEA, 2015). Tal configuração sinaliza às diferentes situações de exclusão e vulnerabilidade no território em questão, indo além da compreensão da pobreza como insuficiência de recurso monetário, perpassando o não acesso e a não observância dos direitos sociais (SILVA, 2018).

3.3 A que passo estamos da eliminação da transmissão vertical do HIV em Manaus?: considerações a partir das verbalizações dos profissionais de saúde do Distrito Sul.

O enfrentamento à transmissão vertical do HIV constitui-se em um imenso desafio para a saúde pública em nosso país. De acordo com o relatório da UNAIDS (2019), em 2018, cerca de 160 mil crianças de até 14 anos adquiriram o HIV globalmente, o que representa algo gravíssimo e que requer medidas de enfrentamento por meio de políticas públicas.

Ao mesmo passo verificam-se avanços programáticos importantes. Com base no relatório “Novas gerações livres de HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas nas Américas 2018”, abrangendo 52 nações e territórios das Américas, lançado pela OPAS/OMS (2019), revela-se o êxito de países da América Latina e do Caribe na eliminação da transmissão dessas infecções. Porém, nestes países estima-se que 2.100 crianças nascem com o HIV ou contraem o vírus de suas mães, o que demonstra a necessidade de intensificação e a qualificação de medidas de enfrentamento com vistas à eliminação da transmissão vertical em nosso continente.

Casos de sucesso devem ser destacados, como o de Cuba, na América Central, que se tornou, em 2015, o primeiro país do mundo a receber a validação da Organização Mundial de Saúde (OMS) da eliminação da transmissão vertical, de mãe para filho, do HIV e da sífilis. E como isso foi possível? Revela-se que a Organização Pan-americana de Saúde (Opas), Organização Mundial de Saúde (OMS), desde 2010, buscou efetivar iniciativas regionalizadas para o enfrentamento da transmissão vertical. Assim, essas iniciativas realizadas em Cuba promoveram junto às gestantes com HIV e seus parceiros o acesso ao pré-natal de forma precoce, testagem para HIV e sífilis, tratamento do binômio, bem como partos cesarianos, e a forte ênfase na substituição do aleitamento materno.

¹⁹ O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) é construído a partir do bloco de indicadores de vulnerabilidade social do Atlas do Desenvolvimento Humano (ADH) no Brasil - infraestrutura urbana, capital humano e renda e trabalho. Entende-se que esses três grandes conjuntos de ativos, sua posse ou privação, pode condicionar e/ou determinar as condições de bem-estar das populações nas sociedades contemporâneas.

Estas iniciativas devem se configurar como ações basilares nos equipamentos de saúde e no processo de trabalho dos profissionais que atuam no cuidado compartilhado à gestante HIV e seu bebê. Sendo assim, compreende-se que as medidas de caráter universal, de garantia e ampliação do acesso aos serviços de saúde de qualidade e especializados constituem-se em caminhos profícuos para a eliminação da transmissão vertical do HIV.

No Brasil, há também desafios, mas os avanços no tocante ao enfrentamento da epidemia do HIV e suas expressões no país são reconhecidos em escala mundial. Nesta direção, salienta-se a necessidade de eliminação da transmissão vertical do HIV no território brasileiro. Para isso, o Ministério da Saúde (2018) propõe alcançar a meta de reduzir a menos de 2% o número de casos de HIV em crianças ou torná-los inexistentes, ainda que persistam as causas que possam potencialmente ocasionar essa forma de transmissão.

Materializar tal meta exige que os Estados e Municípios do país comprometam-se em colocar em movimento medidas de políticas públicas de qualidade, que abarquem a totalidade da mulher com HIV, desde a concepção, gestação, parto e puerpério, aquilatando as ações de prevenção, diagnóstico, assistência e tratamento das gestantes, parcerias sexuais e crianças, além da qualificação da vigilância epidemiológica e dos sistemas de informação, monitoramento e avaliação contínua das políticas públicas voltadas à eliminação da TV do HIV (BRASIL,2018).

Com vistas a isso o Ministério da Saúde lança em 2018 o Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV. O propósito é certificar municípios, com mais de 100 mil habitantes, que tenham atingido os critérios e os indicadores estabelecidos para eliminar a TV do HIV, em conformidade com as diretrizes da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e da Organização Mundial da Saúde (OMS). Os indicadores a serem perseguidos pelos municípios de configuram da seguinte forma:

Quadro 16: Indicadores e metas a serem alcançadas pelos municípios brasileiros para a certificação de eliminação da TV do HIV.

Indicadores e Metas de Impacto/ últimos 3 anos	
Indicador/Meta	Objetivo
Taxa de incidência de novas infecções de HIV em criança, por ano de nascimento (menor ou igual a 0,3)	Avalia o resultado da assistência pré-natal, pós-parto, atenção às crianças expostas ao HIV e incorpora o conceito de eliminação da transmissão vertical tanto pela prevenção do HIV em gestantes, como pelo tratamento destas.
Proporção anual de crianças infectadas pelo HIV entre as crianças expostas ao HIV, acompanhadas na rede laboratorial do SUS (menor que 2%)	A aproximação para a taxa de transmissão vertical, como o percentual de crianças nascidas de mães HIV positivas que soro convertem, pode ser monitorada por meio do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV- Siscel, sendo definidas as crianças infectadas menores de 24 meses como aquelas que apresentam dois exames de carga viral consecutivos acima de 5.000 cópias/mL ou sorologia para HIV reagente e DNA pró-viral

	detectável aos 18 - 24 meses.
Indicadores e Metas de Processo/ últimos 2 anos	
Indicador/Meta	Objetivo
Cobertura mínima de 4 consultas no pré-natal (maior ou igual a 95%)	Esse indicador subsidia processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas públicas e ações de saúde voltadas para o pré-natal, o parto e a atenção à saúde da criança, além de contribuir para análise das condições de acesso e qualidade da assistência pré-natal, em associação com outros indicadores, tais como a mortalidade materna e infantil.
Cobertura de gestantes com pelo menos 1 teste para HIV no pré-natal (maior ou igual a 95%)	A testagem para HIV é recomendada na primeira consulta de pré-natal, no terceiro trimestre de gestação e no momento do parto, devendo-se adotar medidas preventivas e terapêuticas, conforme os protocolos do MS
Cobertura de gestantes infectadas com HIV em uso de terapia antirretroviral (maior ou igual a 95%)	Recomenda-se o início imediato para todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), incluindo as gestantes. A supressão viral antes do momento do parto é muito importante para redução da transmissão vertical.
Cobertura de crianças expostas ao HIV em uso de profilaxia ARV (maior ou igual a 95%)	A profilaxia para crianças expostas é fundamental para redução do risco de infecção pelo HIV. Recomenda-se o início da profilaxia ARV e cuidados com o recém-nascido ainda na sala de parto. O seguimento clínico e laboratorial adequado das crianças expostas é fundamental para evitar a infecção. A amamentação é contraindicada.

Fonte: Adaptado pela pesquisadora com base no Guia para Certificação da Eliminação da Transmissão Vertical do HIV (2018).

Alcançar os indicadores acima exige o uso de tecnologias leves e leve duras e a implementação de práticas de gestão, atenção e vigilância de qualidade. Eliminar a TV do HIV é algo possível em nosso país, uma vez que os municípios de Curitiba, Umuarama no Paraná e São Paulo já alcançaram tal feito (BRASIL, 2019).

Ora, sabe-se que na região norte os índices de pessoas vivendo com HIV é expressivo, fato este constatado por dados ao longo deste estudo. O Amazonas e sua capital se destacam neste panorama principalmente nos casos de gestante com HIV. Aprofundando acerca da questão da transmissão vertical na capital amazonense, verifica-se, segundo dados da SEMSA de 2020, que de 2017 a 2019 foram registrados 19 casos de Aids e 3 casos de HIV em menores de 5 anos.

É sabido que a dificuldade dos serviços em notificar os agravos em saúde como o HIV é algo presente e este estudo possibilitou inferir neste mesmo capítulo sobre esta estratégia. Nesta direção compreende-se que as subnotificações são graves gargalos a serem sanados neste processo. Para tanto, diante das limitações neste campo, a magnitude da problemática pode vir a ser obliterada e/ou imprimir uma compreensão superficial sobre estes casos. Sendo assim, a certa estabilidade dos dados de TV do HIV em Manaus, apontado nos próprios instrumentos de gestão da SEMSA, pode ser questionada. O que se persegue é a eliminação e manutenção da eliminação da TV do HIV, o que está longe de qualquer semelhança com a estabilidade dos casos.

Apontados estes elementos, buscar-se-á através das verbalizações dos profissionais do SAE e das Unidade Notificadoras problematizar os indicadores de impacto e processo supracitados acima com vistas a se refletir em que passo Manaus está da eliminação da condição em questão. Para melhor concatenação das análises, trabalhar-se-á as falas que se relacionam com os seguintes indicadores: Testagem; Pré-natal; Terapia antirretroviral; Acompanhamento do binômio pós gestação.

a) Testagem

- Como as gestantes HIV chegam ao SAE?

Bem, no geral elas vêm caminhadas de outras unidades, unidades de saúde onde acontece o pré-natal, onde é feito o acompanhamento do pré-natal e nesse acompanhamento é feito a testagem rápida né, e aí elas são encaminhadas para cá. Mas também tem pacientes nossas que engravidam no decorrer do tratamento. (Profissional 1SAE)

A testagem rápida para o HIV é uma estratégia de enfrentamento tanto à transmissão vertical do vírus, quanto a epidemia de Aids. O diagnóstico precoce permite oferecer a mulher com HIV uma gestação segura, com acesso ao tratamento e à assistência em tempo oportuno. Através da fala do profissional do SAE Antônio Reis, na qual se pode identificar o indicador Testagem, compreende-se que a UBS tem atribuição precípua na oferta de teste rápido para o HIV. O Ministério da Saúde (2010) afirma que no país há uma constante de descoberta da soropositividade na gestação, isto pode ser justificado pelo fato da oferta e espraiamento de exames sorológicos durante o pré-natal.

É interessante ressaltar que na verbalização dos profissionais da UBS o indicador testagem pouco foi expresso, o que leva a inferir que esta estratégia frente à transmissão vertical do HIV pode não ser um fator prioritário para estes profissionais. Existe, mas não é visualizado como algo salutar no processo de enfrentamento. Neste contexto o Ministério da Saúde (2010) enfatiza que a disponibilização de insumos como testes rápidos e exames de seguimento, medicamentos antirretrovirais e material técnico formam a base para a atuação profissional ética e competente.

O universo subjetivo que envolve este indicador pode ser compreendido, em termos, no estudo de Silva *et al.*, (2008, p. 632), o qual analisou o significado da realização do teste anti-HIV no pré-natal para 27 gestantes de um hospital escola e de uma maternidade de um município do Rio de Janeiro. Para estas mulheres a testagem *representa a possibilidade de prevenirem a transmissão do HIV para seus filhos, caso estejam infectadas; ou seja, é a*

possibilidade de "salvar" a criança de uma doença que ainda traz em si muito estigma e preconceito da sociedade.

Além disso, a testagem não é algo compulsório, como direciona Silva *et al.* (2008), devendo ser ofertada através do aconselhamento pré-teste e independente do resultado é garantido o pós-teste. O que se busca neste momento é sensibilizar a gestante a importância da testagem, oferecendo informação qualificada, identificando as vulnerabilidades que podem levar esta mulher a ter sido infectada com o HIV e em que passo tal realidade pode dificultar ou obliterar a adesão ao tratamento e prevenção de infecção para o bebê em caso de diagnóstico positivo. Brasil (2010) enfatiza que a compreensão destas mulheres sobre o HIV e as outras ISTs e a transmissão vertical do vírus é algo primordial no processo de diálogo do aconselhamento.

Após o diagnóstico de soropositividade da gestante HIV, o profissional deve direcionar sua intervenção oferecendo apoio emocional, respeitando a reação que ela demonstrar, que nos mais das vezes é de negação. A partir daí impulsioná-la às possibilidades frente a condição, frisar os riscos de infecção para o bebê, a importância do tratamento e acompanhamento com a equipe multiprofissional para ela e o parceiro, realizar os encaminhamentos necessários com vistas a garantir qualidade de vida para o binômio (mãe e bebê). Este momento caracteriza-se como educação em saúde.

b) Pré-natal

- Todas as gestantes HIV têm conseguido realizar o pré-natal? Qual a regularidade de consultas das gestantes HIV?. Caso não, quais os motivos que você identifica?

Sim, aqui sim, aqui elas fazem, os exames, as consultas. A gente já deixa tudo marcado, tudo agendado. Ai a gente enfatiza, não falta, porque senão, vai perder a vaga. E elas sabem disso porque aqui elas vêm à dificuldade que elas têm de, digamos assim, veio hoje, deu sorte e conseguiu a consulta (...). (Profissional 4 UBS)

Por meio da verbalização da profissional, verifica-se que as gestantes HIV têm realizado o pré-natal e, como nos demais equipamentos, as consultas são agendadas pelo próprio profissional. Porém, tal verbalização revela também a limitação da cobertura deste pré-natal, pois há a dificuldade em conseguir a consulta para iniciar o pré-natal por parte da gestante e, caso o consiga e não compareça, não há a possibilidade de remarcação, entrando no pleito novamente. Este movimento pode recair no não acesso desta mulher ao pré-natal ou

o seu início tardiamente, no não diagnóstico precoce para o HIV e, por consequência, o início tardio da TARV, incidindo em maiores riscos de infecção para a criança.

A pesquisa de Mario *et al.* (2019, p.1224), ao avaliar a adequação do cuidado pré-natal no Brasil associado a determinantes sociodemográficos, corrobora com esta reflexão ao afirmar que *o início precoce do pré-natal, assim como sua condução de forma adequada, é importante para garantir a saúde e reduzir a morbidade e mortalidade da mãe e do feto*. Os autores ainda ratificam que nas regiões Norte e Nordeste persistem a baixa qualidade de atenção à gestante, com o não cumprimento do mínimo preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento –PHPN. Apostar na capacitação dos profissionais envolvidos na prestação do cuidado de pré-natal é um imperativo.

- Há alguma resistência das gestantes HIV ao pré-natal?

Olha, é bem difícil elas são bem assíduas. São bem assíduas mesmo, tanto que a gente tem uma quantidade de pré-natal muito grande (...) mesmo agora entrando quatro médicos e eles ainda tem uma dificuldade para poder receber essas gestantes. Porque a demanda é grande. (...) assim tem eu e a outra enfermeira. Então é uma consulta com a gente, uma consulta com eles. (Profissional 1 UBS)

Aderir ao pré-natal está para além de uma perspectiva individual, ou seja, não depende somente da gestante HIV, os fatores coletivos e programáticos incidem neste processo. A fala em destaque representa o olhar dos profissionais das unidades básicas de saúde, onde estas mulheres realizaram o pré-natal. Nesta direção, verifica-se uma adesão positiva das gestantes HIV a este segmento. Porém, não fica claro a qualidade desta adesão, pois os dados dos prontuários demonstraram a necessidade de qualificação do pré-natal nas UBSs, ou seja, ir de forma “assídua” às consultas ora com o enfermeiro, ora com o médico não define um pré-natal de qualidade, é um indicador, mas não a totalidade que envolve esta estratégia.

Darmont, *et al.* (2010) salienta que a adesão ao pré-natal envolve diversos fatores. A pesquisa realizada com 40 mulheres com HIV, das quais dezenove foram entrevistadas até dois meses depois do parto, e 21 foram entrevistadas de 3 a 20 meses depois, revela que os fatores mais expressivos são o apoio do parceiro e da família, o discurso de valorização do cuidado com a saúde, a laqueadura tubária como motivação para o pré-natal, o acolhimento por parte dos profissionais de saúde, e as experiências positivas de organização da assistência.

Ao buscar o serviço de pré-natal, pois este é o mais próximo de seu território, a gestante com HIV acredita que terá benefícios, principalmente no que concerne ao auxílio para esclarecer fantasias e as mudanças que ocorrem durante o período gestacional, desmonte

de medos e proibições relacionadas a sexualidade. A compreensão das nuances deste período, os riscos de infecção relacionados ao bebê. Diante disso, a equipe do pré-natal deve ter a sensibilidade e a capacidade de escuta e possibilitar a melhor interação entre profissionais de saúde e a mulher, sua família ou acompanhantes (BRASIL, 1998).

- A UBS tem feito a busca ativa de gestantes que abandonam o pré-natal?

Sim, a gente sempre procura. A gente tem uma prancheta aqui com o telefone delas, data da última menstruação, que é para gente acompanhar (...) e realizar uma busca (Profissional 2 UBS)

Não, não é realizada essa busca ativa. (Profissional 3 UBS)

A busca ativa pressupõe o envolvimento entre o usuário, a equipe, o equipamento e o território. Das assertivas acima verifica-se que a busca ativa por parte dos profissionais responsáveis pelo pré-natal nas UBSs se configura em contato via telefone e em outros equipamentos não acontece. Esta estratégia é extremamente enfraquecida no tocante a garantia de assistência à saúde a esta gestante e à prevenção da transmissão vertical do HIV para seu bebê nestas unidades do Disa Sul.

Importa salientar que a busca ativa deve ser compreendida para além de um procedimento técnico de identificação, configurando-se como princípio político de uma lógica territorial de cuidado, onde o território não se limita a um espaço geográfico, é também o espaço de construção das relações de saúde, das relações sociais. O movimento da busca ativa é um princípio político de luta e defesa da vida, inseridos neste processo os trabalhadores são impulsionados a romper com os automatismos, abrindo um campo diferenciado para se inventar novas práticas (LEMKE & SILVA, 2010).

Ressalta-se que em apenas um dos equipamentos, a UBS Megumo Kado, foi relatado pelo profissional responsável do pré-natal a realização da busca ativa, sendo que esta estava sendo efetivada corriqueiramente pelo gerente da unidade e das agentes comunitárias de saúde. Nesta direção, compreende-se a Estratégia Saúde da Família como peça importante neste processo, e ganha potencialidade pois está mais próxima do cotidiano destas mulheres, para qualificar esta equipe com vistas a consolidar esta estratégia seria uma possibilidade frente a este gargalo.

- A gestante HIV tem sido orientada na UBS quanto a não amamentação e o direito à fórmula láctea?

Sim, da não amamentação sim. Essa fórmula que eu não sei exatamente como seria, eu não vou mentir pra você porque eu não sei como é que funciona. Geralmente quem faz esse encaminhamento é a pediatra. A pediatra da unidade, eu já vi, ela fez

para um bebê, era de uma dessas gestantes e ela fez o encaminhamento pra questão do leite social, o leite do meu filho. (Profissional 4 UBS)

A estratégia terapêutica e preventiva imprescindível no pós-parto é a inibição da lactação. As mães que vivem com HIV não podem amamentar seus filhos, pois o risco de infecção pelo leite materno em uma escala de porcentagem corresponde entre 7 a 22% de probabilidade de infecção via vertical. Esta estratégia traz consigo um universo de significados para estas mulheres. Paiva e Galvão (2004, p. 415) explicitam esta realidade e apontam que *O fato de não poderem amamentar as expõe socialmente, pois, se omitiram sua condição atual de saúde, precisam de uma explicação convincente para amigos e familiares.* Além disso, as campanhas de saúde massificam o aleitamento natural, o que reflete negativamente sobre estas gestantes e puérperas. O estudo desenvolvido por estas autoras com cinco gestantes e oito puérperas soropositivas para HIV, em Fortaleza/CE revelaram que mesmo diante das frustrações, impotência, culpa estas mulheres buscaram seguir as orientações dos profissionais com vistas a proteger e minimizar os riscos para a criança. Culturalmente a figura da mulher está ligada a questão do cuidado, isto não se difere no universo das pesquisadas, elas se *vêm obrigadas a responder pela saúde da família, como se seguissem o instinto materno de protetoras de sua prole, sacrificando seus sentimentos* (IBIDEM, p. 418).

Os serviços que partilham o cuidado desta gestante HIV são responsáveis por informar e esclarecer as dúvidas destas mulheres sobre os riscos da não amamentação, assim como o uso de inibidores de lactação e dispensação da fórmula láctea. A verbalização da profissional denota a fragilidade desta estratégia, o profissional não conhece este fluxo e tão pouco não enfatiza este indicador em suas intervenções. Esta orientação não é exclusiva do médico, mas de todos os profissionais que acompanham estas mulheres.

O Projeto Nascer-maternidades, instituído a partir da portaria nº 2104/2002, preconiza dentre suas atividades a dispensação nas maternidades identificadas da fórmula infantil às crianças expostas nascidas de mãe com HIV (BRASIL, 2002). Em Manaus, como já explicitado neste estudo, as crianças devem sair da maternidade com a fórmula láctea que supra sua necessidade até a liberação dessa alimentação pelo Programa Leite do Meu Filho/SEMSA. Aos profissionais de saúde cabe informar e orientar sobre este fluxo e o cadastro junto ao programa. Para tanto, estes devem estar capacitados para *orientar e auxiliar a mãe a buscar soluções para os problemas que interferem na vivência da maternidade sem o ato de amamentar* (IBIDEM, P. 417).

c) Terapia antirretroviral

- Há alguma resistência das gestantes HIV ao tratamento?

Não, assim, a gestante ela é um pouquinho mais fácil de trabalhar adesão, porque ela tem medo pelo neném, né. Então pelo menos no período pré-natal até do parto elas são bem aderentes à medicação. A gente tem dificuldade de aderência no puerpério, por toda dificuldade do pós-parto, do neném acordar a noite, ela está cansada, de ter que dar o remédio do neném (...) (Profissional 1 SAE)

A resistência maior é quando ela não tem o apoio da família, quando ela não quer que o companheiro saiba. A gente tem “Ns” situações disso e interfere sim na adesão dela, sem sombra de dúvida. (Profissional 3 SAE)

Aderir ao tratamento, a partir das vivências profissionais descritas tem estreita relação com a busca destas mães em proteger seus bebês da transmissão vertical do vírus. Porém, as vicissitudes são expressivas, cuidar de si mesma e do bebê, sobretudo após o parto tem se mostrado um fator condicionante a não adesão a TARV. Além disso, o apoio da família também tem se configurado como impedimento a este seguimento para as mulheres atendidas no SAE Antônio Reis.

Compreende-se que a adesão ao tratamento *é um processo dinâmico e multifatorial*.

Sendo assim,

A adesão ao tratamento depende, entre outros fatores da provisão de métodos, ferramentas e incentivos Específicos e, especialmente, do grau de envolvimento do paciente e do cuidador no desenvolvimento do plano terapêutico e na compreensão da sua importância. É fundamental que no acompanhamento os profissionais de saúde considerem as necessidades e singularidades socioculturais apresentadas pelas pessoas. Neste sentido, o apoio psicossocial é uma variável fundamental na promoção da qualidade de vida PVHA (BRASIL, 2007, p.13).

A interação entre o paciente e a equipe é condicionante para uma satisfatória adesão ao tratamento por parte da gestante HIV. Garantir que esta mulher tenha acesso ao melhor e mais adequado esquema antirretroviral impacta na redução das taxas de transmissão vertical do vírus. Para tanto, conforme nos direcionam Fiuza *et al.* (2013), destacam que os profissionais que acompanham pessoas com HIV no cotidiano dos serviços de saúde necessitam instituir um plano de cuidados com estratégias de intervenção direcionadas à(s) necessidade(s) destes indivíduos. Isto exige também compreender o universo destes usuários: medos, desejos, angústias, apoio familiar, condições socioeconômicas, os aspectos que podem contribuir ou não para a adesão ao tratamento. Portanto, conduzir um plano terapêutico levando em conta estes aspectos potencializa as chances de uma oferta e adesão ao tratamento de forma qualificada.

d) Acompanhamento do binômio pós gestação

- Após o parto a mãe e bebê tem retornado a UBS?

Volta, porque são orientados aqui né no pré-parto, na última consulta com a enfermeira e são orientadas na maternidade para retornar na consulta pós-parto. (Profissional 3 UBS)

- Após o parto a mãe e o bebê tem retornado ao SAE?

A maioria delas tem uma dificuldade, no início, de retornar (...). No início, qual é a minha orientação para elas: continuem tomando a medicação certinha, todos os dias. Elas resolvem todas as questões do bebê, porque é mais distante daqui ir numa consulta lá, fazer os exames dele, quando com ele tiver tudo certo, aí ela retorna comigo, porque comigo é mais fácil. Então, ela chegou aqui ela já é agendada. Às vezes ela chega é atendida no mesmo dia. (Profissional 1 SAE)

Tem que retornar, ela precisa retornar. E assim, a gente não tem dificuldade nesse momento não. Ela já sabe para onde a criança vai (...), mas ela continua, porque é aquele foco né, ela precisa. (...) eu preciso que ela foque que ela tenha uma vida que precisa dela. E assim, ela vem. E elas falam do bebê para gente, pergunta se tá tudo bem. (...) Cria um vínculo que você não tem ideia. (Profissional 3 SAE)

No puerpério a mulher com HIV, além de cuidar de si e dar continuidade em seu tratamento, deve garantir o seguimento de seu bebê que foi exposto ao vírus nos serviços de referência com infecto-pediatra. Em Manaus, por exemplo, o seguimento da criança exposta acontece na Fundação de Medicina Tropical. Sendo assim, esta mulher se depara com um universo novo de cuidado, novos profissionais, novas responsabilidades inerentes do seguimento.

As mudanças na vida e rotina no puerpério podem vir a dificultar o acompanhamento da condição HIV e o acompanhamento pós parto na UBS desta mulher. A prioridade na visão das mesmas passa a ser o recém-nascido e resguardá-lo da possibilidade de infecção pelo vírus, pois, como aponta o PCDT de prevenção à transmissão vertical (2018), esta criança deve ser acompanhada mensalmente nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestralmente a partir do 1º ano de vida.

As verbalizações apresentadas denotam que estas mulheres comumente retornam às unidades em que realizaram o pré-natal para a consulta pós parto do binômio. No SAE esta informação traz consigo uma realidade que envolve a demora no retorno ao acompanhamento da condição HIV, mas quando elas passam a retornar são impulsionadas a refletirem com a equipe sobre a necessidade de não adoecerem com AIDS, o que requer o uso da medicação e acompanhamento com o infectologista para que assim possam cuidar de seus bebês da melhor forma possível.

Problematizando o supracitado utiliza-se o estudo de Bellotto *et al.* (2019), o qual ressalta a seguinte questão:

a prioridade em “salvar o bebê” teria um lugar central, a despeito da garantia de direitos sexuais e reprodutivos dessas mulheres. Com a centralidade da profilaxia da TV na gestação de MVH e a grande medicalização envolvida, é importante entender como elas vivem esse momento e suas percepções sobre o cuidado recebido, o que pode influenciar seu posterior engajamento com o tratamento e com sua saúde.

Valorizar a singularidade da mulher com HIV, para além da mesma ser o canal prioritário de prevenção da transmissão vertical do vírus para seu bebê, é um compromisso a ser assumido programaticamente. A pesquisa realizada pelos autores supracitados - um estudo de casos múltiplos com seis mulheres entrevistadas na gestação e três meses depois do parto – detectou que as mulheres que vivem com HIV apresentam após o parto dificuldades no que concerne ao cuidado sexual e reprodutivo e a manutenção do tratamento da condição HIV, pois suas ações e responsabilidades passam a ter como centralidade a “salvação” da criança.

O acesso da gestante e da puérpera à assistência de qualidade coadunará no caminho efetivo para a eliminação da transmissão do HIV de mãe para o bebê. Para isso desenvolver estratégias de prevenção das situações que podem vir a dificultar o cuidado em saúde destas mulheres é um imperativo. Bellotto *et al.* (2019) apostam na escuta humanizada dos profissionais de saúde a este segmento na gestação, no parto e pós parto, pois através desta ação política pode-se identificar previamente as múltiplas vulnerabilidades que as mulheres com HIV vivenciam, as quais dificultam ou impossibilitam o acesso às ações e serviços de saúde públicos ofertados nos equipamentos de referência.

Considerações Finais

A presente pesquisa, que se encaminha para o encerramento, percorreu, de modo pormenorizado, os objetivos constantes no escopo do Projeto de Pesquisa que a norteou. Dessa forma, ao emitir as presentes *Considerações*, é imperativo que se retome aqui os lineamentos constantes naquele instrumento, delineando os resultados obtidos e a consequente apreciação dos referidos objetivos face às conclusões que ora se apresentam aqui. Nesse sentido, o primeiro objetivo global visava *analisar as estratégias implementadas na rede de atenção de saúde municipal como resposta à transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus*. Para alcançá-lo os objetivos subsidiários foram apropriadamente definidos.

Mapear os serviços disponíveis na rede municipal de atenção à saúde para a gestante HIV foi um dos objetivos propostos. Como achados de pesquisa pode-se compreender que em Manaus as estratégias programáticas frente à transmissão vertical do HIV podem ser verificadas no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde-SEMSA, primordialmente nos seus equipamentos de referência, os SAEs e as UBSs que prestam diagnóstico. Os SAEs encontram-se organizados nas zonas de Manaus: **Zona Norte** - Policlínica Dr. José Antônio da Silva, bairro Monte das Oliveiras; **Zona Sul** – Policlínicaed2 Dr. Antônio Reis, bairro São Lázaro; **Zona Leste** - Policlínica Dr. Antônio Comte, São José 3; **Zona Oeste** - Policlínica Dr. José Raimundo Franco de Sá, s/n; Nova Esperança 1. Já as UBSs que disponibilizam os testes rápidos de HIV são divididas por Distritos de Saúde: **Disa Norte** - 53; **Disa Leste** - 15; **Disa Oeste** - 21; **Disa Sul** - 37; **Disa Rural** – 07; 07 Laboratórios de referência.

Os achados de pesquisa compreendidos no objetivo específico: *Traçar o perfil socioepidemiológico das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE sob gestão municipal no Distrito Sul*, foram os seguintes: Os dados da base de notificações do SINAN local revelaram 763 gestantes HIV no período de 2017 a 2019, sendo 313 no Disa Leste, 190 no Disa Norte, 136 no Disa Oeste, 101 no Disa Sul, 05 no Disa Rural e 18 não informadas o distrito de notificação. A parcela etária mais expressiva das gestantes HIV compreende-se a partir dos 20 anos a 29 anos de idade. Os números referentes ao Ensino Fundamental Incompleto e Completo (344), seguidos dos dados de Ensino Médio Incompleto e Completo (219) são mais expressivos e se concentram nas gestantes HIV de raça parda.

Nos anos de 2017, 2018 e 2019 apresentam-se as maiores faixas de ano de descoberta da soropositividade para o HIV das mulheres notificadas. Além disso, o momento

da vida destas gestantes em que há a descoberta se dá expressivamente durante o pré-natal e o parto. Em relação ao pré-natal, as gestantes HIV o iniciaram predominantemente no 3º trimestre de gestação, seguido daquelas que iniciaram no 2º trimestre.

As gestantes HIV, especificamente, identificadas em 2019 tanto no SAE Antônio Reis como nas Unidades Básicas de Saúde estão compreendidas na faixa etária de 14 a 32 anos. A maioria é de cor parda e convive com familiares sem companheiro, residindo no âmbito no território do distrito sul, sendo que apenas uma delas reside nos limites do distrito oeste.

As gestantes HIV deste estudo realizaram a testagem de HIV na primeira consulta de pré-natal. Três (03) delas iniciaram o pré-natal no segundo trimestre da gestação, seguido da mulher iniciou o pré-natal tardiamente, no terceiro trimestre. Apenas uma iniciou o seguimento no primeiro trimestre. Duas destas gestantes não possuíam registros no prontuário do período gestacional na primeira consulta.

Das consultas de pré-natal, parcela significativa realizou um quantitativo que compreende de 6 a 9 consultas de pré-natal, sendo que uma delas realizou apenas 2 consultas. Apenas três gestantes realizaram exames laboratoriais e de imagem, duas delas aguardavam o atendimento da solicitação dos exames supracitados e as demais não possuíam registro sobre este ponto em seus documentos.

Em relação a *Identificar convergências e divergências entre o percurso instituído e o real caminho percorrido pelas gestantes HIV na busca de assistência à saúde*, houveram inúmeras inferências: os dados de gestantes HIV identificadas no banco de dados do SINAN, que compreende todos os distritos de saúde de Manaus, revelam que o início do pré-natal destas mulheres se deu de forma tardia com a não realização do número de consultas necessárias; apesar de o uso de profilaxia antirretroviral durante o parto ter sido realizado em 362 casos, não realizou-se em 57, sendo que deste número 5 vias de parto foram cesárea, seguido de 25 por via vaginal e 27 não foram registradas a via de parto no preenchimento da ficha, ou seja, 57 crianças terão significativa possibilidade de terem sido infectadas pelo HIV no momento do parto. Além disso, este dado revela uma falha recorrente no preenchimento das notificações por parte dos profissionais, pois 344 achados são tidos como ignorados e não informados quanto ao uso da profilaxia antirretroviral durante o parto. Deste universo, constata-se que o início da profilaxia antirretroviral na maior parcela dos nascidos vivos (348 notificações) se iniciou nas primeiras 24h de nascimento. Verificou-se que 1 (uma) criança não realizou a profilaxia antirretroviral para o HIV, o que nos remete a refletir que a probabilidade de ela estar infectada com o vírus é expressiva.

Os prontuários das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE Antônio Reis e as Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sul em 2019 permitem ir mais a fundo na realidade da assistência a estas mulheres com HIV no período gestacional. No que compreende o pré-natal verifica-se: a testagem para HIV foi ofertada na primeira consulta de pré-natal. O início no serviço de pré-natal, para a maioria, não foi precoce, revelando uma falha deste nível de atenção, pois a captação deve ser feita o quanto antes para que o início deste seguimento preferencialmente se dê no primeiro trimestre de gestação.

Em relação as consultas de pré-natal, parcela significativa realizou um quantitativo que compreende de 6 a 9 consultas de pré-natal, sendo que uma delas realizou apenas 2 consultas. Apenas três gestantes realizaram exames laboratoriais e de imagem, duas delas aguardavam o atendimento da solicitação dos exames supracitados e as demais não possuíam registro sobre este ponto em seus documentos.

Constata-se que a busca por atendimento, quando se vive com HIV, é um desafio que envolve fatores individuais, sociais e programáticos. Isto pode ser explicitado na figura da gestante HIV moradora do bairro Tarumã (DISA oeste) que buscou assistência à condição HIV e o pré-natal em unidades do distrito sul. Inúmeros fatores enredam o acesso aos serviços de saúde desta mulher em seu distrito, na busca principal de qualidade de vida para si e seu bebê: receio de a família, vizinhos e amigos suspeitarem e/ou descobrirem seu diagnóstico, o que a levou a buscar a assistência distante de seu local de moradia; insuficiência de serviços de referência ou de difícil acesso; a gestante HIV não se sentiu acolhida nos equipamentos que buscou atendimento, no distrito oeste; a gestante residia antes distrito sul, onde iniciara o seu acompanhamento, e ao mudar-se para o distrito oeste optou por dar seguimento naquele território.

Outro achado a ser destacado são as expoentes figuras do médico e do enfermeiro no contexto da assistência à gestante HIV, porém ao analisar os prontuários constata-se que o foco da atenção nas UBS, centradas nestes profissionais, é sobre os aspectos clínicos e gestacionais. Sinaliza-se ainda, que nos prontuários das gestantes não havia nenhum registro de encaminhamento da indicação de via de parto e orientação sobre a não amamentação e a disponibilização da fórmula láctea.

Em relação ao acompanhamento da condição HIV no SAE por estas mulheres revela-se que este foi iniciado predominantemente no segundo trimestre de gestação, seguido daquelas que iniciaram no terceiro trimestre. Estas mulheres foram identificadas em suas respectivas UBS e encaminhadas ao SAE. Na primeira consulta, parcela expressiva destes

sujeitos, foram recebidas pelo médico infectologista e apenas duas destas gestantes HIV foram consultadas primeiramente pelo enfermeiro.

A maioria das mulheres HIV elencadas, quatro, apresentaram no equipamento supracitado os exames laboratoriais específicos da condição HIV, seguido daquelas, duas gestantes HIV, que aguardavam a realização dos referidos exames. Apenas em um dos documentos não constava o registro de solicitação ou realização de exames de qualquer natureza. Além disso, em seis prontuários não houve registro de solicitação do exame de genotipagem, apenas no documento de umas das gestantes encontrava-se esta solicitação específica. Seis (06) gestantes encontravam-se fazendo uso da ARV, em um prontuário não havia tal registro.

O encaminhamento de vinculação à maternidade, por meio das UBSs e o SAE, não foi registrado nos documentos da maioria das gestantes HIV. Em relação a notificação na UBS somente um prontuário havia registro do preenchimento, porém se deu no ano de 2016, nos demais prontuários não foi identificado o registro de preenchimento da notificação. No SAE encontrou-se nas evoluções de três prontuários que as notificações foram preenchidas. Quatro deles não possuíam essa informação.

O acompanhamento da equipe de saúde no SAE Dr. Antônio Reis tem predominância da figura do médico infectologista. Em apenas um dos prontuários verificou-se uma evolução do técnico de enfermagem e em outro documento o preenchimento de orientações e encaminhamentos por parte do Assistente Social. Em dois distintos prontuários verifica-se apenas uma evolução do profissional de Enfermagem. Não consta, em nenhum dos documentos evoluções do Farmacêutico e do Psicólogo, a este último há registro de encaminhamento da gestante HIV Antônia, no prontuário.

Através das verbalizações dos profissionais dos equipamentos supracitados compreendeu-se que as ações de acolhimento, vínculo e responsabilização no tocante a assistência às gestantes HIV necessita ser qualificada. Além disso, urge estabelecer um fluxo de comunicação entre os equipamentos de referência e a gestão, para além da figura da mulher e sua caderneta de gestação, pois este é um gargalo apontado por todos os profissionais elencados.

A UBS tem atribuição precípua na oferta de teste rápido para o HIV. As gestantes HIV têm realizado o pré-natal e, como nos demais equipamentos, as consultas são agendadas pelo próprio profissional. Porém constata-se a limitação da cobertura deste serviço, pois há a dificuldade em conseguir a consulta para iniciá-lo. Há uma adesão positiva por parte das gestantes HIV ao segmento supracitado, mas não fica claro a qualidade desta adesão, pois os

dados dos prontuários demonstraram a necessidade de qualificação do pré-natal nas UBSs, ou seja, ir de forma “assídua” as consultas ora com o enfermeiro, ora com o médico não define um pré-natal de qualidade, é um indicador, mas não a totalidade que envolve esta estratégia.

A busca ativa é um desafio a ser sanado o quanto antes. Os profissionais revelam que em algumas situações se limita ao contato via telefone e em outros equipamentos não existe. Esta estratégia extremamente enfraquecida no tocante a garantia de assistência à saúde a referida gestante e a prevenção da transmissão vertical do HIV para seu bebê nestas unidades do Disa Sul.

Os serviços que partilham o cuidado desta gestante HIV são responsáveis por informar e esclarecer as dúvidas dessas mulheres sobre os riscos da amamentação, assim como o uso de inibidores de lactação e dispensação da fórmula láctea. A pesquisa demonstrou a fragilidade dessa estratégia, pois há um desconhecimento do fluxo e pouco se enfatiza nas intervenções dos profissionais esse indicador. Essa orientação não é exclusiva do médico, compete a todos os profissionais que acompanham as gestantes com HIV.

A adesão ao tratamento por parte dessas mulheres no período gestacional tem estreita relação com a busca de proteger seus bebês da transmissão vertical do vírus. Porém, as vicissitudes são expressivas, cuidar de si mesma e do bebê, sobretudo após o parto tem se mostrado um fator condicionante a não adesão a TARV. Além disso, o apoio da família também tem se configurado como impedimento a esse seguimento para as mulheres atendidas no SAE Antônio Reis.

As mães com HIV comumente retornam às unidades em que realizaram o pré-natal para a consulta pós parto do binômio. No SAE essa informação traz consigo uma realidade que envolve a demora no retorno ao acompanhamento da condição HIV, mas quando elas passam a retornar são impulsionadas pela necessidade de não adoecerem com AIDS, o que requer o uso da medicação e acompanhamento com o infectologista, para que assim possam cuidar de seus bebês da melhor forma possível, sem interferências neste cuidado.

Após esse detalhamento, urge, todavia, problematizar, uma última vez alguns pontos que, decorrentes das análises feitas e dos dados encontrados, se mostraram bastante sobressalentes no decorrer do trabalho. Nesse aspecto é preciso dizer que *A epidemia de HIV pôs em destaque as muitas falhas da sociedade. Onde há desigualdades, desequilíbrios de poder, violência, marginalização, tabus, estigma e discriminação, o HIV toma conta (UNAIDS, 2019).*

Ao adentrar o cotidiano dos serviços de saúde e observar a prática profissional dos trabalhadores do SUS compreende-se que é possível oferecer um serviço de qualidade às

gestantes HIV que garanta a não infecção por via vertical dos seus bebês. Mesmo com as dificuldades de cunho infraestrutural e de recursos humanos, as estratégias de enfrentamento identificadas foram inúmeras e já estão instituídas, são direcionadas pelos protocolos e pactuações nas diversas esferas de governo. Porém, é imprescindível a qualificação dessas estratégias, ou seja, o caminho são as tecnologias leves.

Esta pesquisa é essencial no que concerne ao revelar das estratégias de enfrentamento da transmissão vertical do HIV, que não estão escritas ou descritas em um protocolo ou documento, são pontos da atenção que se conectados a outros, qualitativamente, garantem o acesso a esta gestante HIV e seu bebê aos serviços de saúde. Porém, identificá-los e analisá-los à luz da dialética permite inferências, identificação das lacunas e possibilidades de redirecionamento com vistas a atender às demandas deste segmento no SUS e eliminar os casos de transmissão vertical do HIV.

Os avanços são expressivos na busca de ofertar assistência à pessoa com HIV, há uma preocupação da SEMSA em materializar os protocolos e legislações, mas eliminar a transmissão vertical exige bastante esforço ainda, de cunho orçamentário para crescimento do quadro de recursos humanos, das mais diversas especialidades, através de concurso público, adequação de algumas unidades de saúde com vistas a garantir o sigilo, o acolhimento para todos os usuários do SUS, cursos e capacitações que envolvam o tema HIV, suas nuances e especificidades de cada seguimento, e de cunho profissional, através do comprometimento dos trabalhadores do SUS com seus usuários, na busca de compreendê-lo holisticamente, apostar no acolhimento, na constituição de vínculo, participar de momentos de partilha de experiências com os profissionais de outras unidades.

Ratifica-se que a pesquisa demonstrou a necessidade imprescindível de qualificação da equipe multiprofissional como um todo, pois os gargalos identificados no tocante à materialização efetiva das estratégias de eliminação à transmissão vertical - captação precoce, adesão e continuidade ao pré-natal e ao acompanhamento da condição HIV, o acolhimento e a responsabilização, a referência e contrarreferência entre as unidades que compartilham o cuidado desta gestante, tratamento antirretroviral adequado, o compromisso com a qualidade da informação dos prontuários e ficha de notificação, a busca ativa em caso de abandono do seguimento por parte das mulheres com HIV, os momento de educação em saúde que incluem a troca de informações sobre a condição HIV e riscos de infecção para o bebê, a sexualidade, a prevenção, a não amamentação, formula láctea, etc., construção de uma linha de cuidado específica a gestante com HIV e criança exposta - exigem o uso das tecnologias leves e leve

duras. Fomentar momentos de trocas de experiências e construções profissionais coletivas é uma possibilidade frente a estes problemas identificados.

Espera-se ainda que este material possa dar suporte aos futuros estudos sobre a temática na área das ciências sociais e dar subsídios aos gestores e aos profissionais, principalmente, do Distrito de Saúde Sul da Secretaria Municipal de Saúde - SEMSA, no que concerne a possibilidade de aprimoramento das estratégias de enfrentamento à transmissão vertical do HIV e no redirecionamento do já instituído com vistas a atender a real necessidade das gestantes HIV e seus bebês.

Os contornos de uma pesquisa científica em ciências sociais, embora sujeitos aos mesmos mecanismos de qualquer modalidade de investigação, reveste-se de peculiar distinção em razão do objeto pesquisado. Porém, não apenas o objeto distingue tal modalidade investigativa. A percepção da realidade ou do objeto de estudo também está circunscrita ao olhar do pesquisador, de tal modo que, mesmo partindo a campo com um instrumental teórico-técnico, a resultante do processo de pesquisa será sempre limitada. *Nenhuma pesquisa é totalmente controlável, com início, meio e fim previsíveis. A pesquisa é um processo em que é impossível prever todas as etapas. O pesquisador está sempre em estado de tensão porque sabe que seu conhecimento é parcial e limitado — o “possível” para ele.* (GOLDEMBERG, 2004, p.13).

Referências

ABRÃO, *et al.* Características Estruturais e Organizacionais de Serviços de Assistência Especializada em HIV/Aids na Cidade de Recife, Brasil. **Rev. Baiana de Saúde Pública**, v.38, n.1, p.140-154 jan./mar. 2014.

ALMEIDA, G. I. de. Futuro e história: análise da temporalidade atual. **Rev. hist. historiogr.** Ouro Preto, 15, 2014. p. 51-69. Disponível em: <file:///C:/Users/Silviane%20Freitas/Downloads/736-3162-2-PB%20(1).pdf>. Acesso em: Mar/2019.

AMAZONAS. Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas. **Comissão Intergestora Regional**. Disponível em: <<http://saude.am.gov.br/cir/index.php>>. Acesso em: jun/2020.
_____. **Relatório Anual de Gestão de 2019/ SUSAM**. Amazonas, 2019.

ANTUNIASSE, M. H. R. A construção do objeto de pesquisa na sociologia. In: LANG, A. B. da S. G. (org.). **Desafios da Pesquisa Social**. São Paulo: CERU, 2001.

ARAÚJO, E. da C. *et al.* Avaliação do pré-natal quanto à detecção de sífilis e HIV em gestantes atendidas em uma área rural do estado do Pará, Brasil. **RevPan-AmazSaude**, Ananindeua, v. 9, n. 1, p. 33-39, 2018.

BARATA, L. R. B. *et al.* Por um processo de descentralização que consolide os princípios do Sistema Único de Saúde. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 15-24, 2004.

BASTOS, F. I. A feminização da epidemia de aids no Brasil: determinantes estruturais e alternativas de enfrentamento. In: ABIA. **Coleção ABIA – Saúde sexual e reprodutiva, nº3**. Rio de Janeiro, 2001.

BM. **Dado do Banco Mundial, publicado na plataforma [online] da Organização das Nações Unidas – ONU em 2018**. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/banco-mundial-quase-metade-da-populacao-global-vive-abaixo-da-linha-da-pobreza/>>. Acesso em: Mar/2019.

BELLOTTO, P. C. B. *et al.* Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, 2019.

BOLETIM. Projeto Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2003-2017). **Ano 04. Edição nº 24**, 2019.

BONOLO, P. F. *et al.* Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Rev. Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 4, p. 267-278, dez. 2007.

BOURDIEU, P. Gostos de classe e estilos de vida. IN: ORTIZ, Renato (Org). **Pierre Bourdieu: Sociologia**. Tradução: Paula Montero e AlíciaAuzmendi. São Paulo: Ática, 1983, p.82.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm>>. Acesso em: Maio/2020.

_____. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos.** Equipe de colaboração: Martha Lígia Fajardo [*et al.*]. - 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Política Nacional de DST/AIDS: princípios e diretrizes.** 1º. ed. Brasília, 1999.

_____. **Portaria nº 373/2002.** Norma Operacional da Assistência à Saúde/SUS - NOAS-SUS 01/02. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2104, de 19 de novembro de 2002.** Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Políticas e diretrizes de prevenção das DST/aids entre mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. 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: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Portaria nº 399/2006.** Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de enfrentamento da feminização da Epidemia de Aids e outras DST.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis.** Textos Básicos de Saúde Série Manuais. Brasília, 2007.

_____. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e AIDS.** Brasília, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfretamento da feminização da epidemia de Aids e outras DST: análise da situação atual e proposta de monitoramento.** Brasília, 2010a.

_____. 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.** Brasília, 2010b.

_____. **Portaria nº 4.279/2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, 2010c.

_____. **Decreto nº 7.508/2011.** Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília, 2011.

_____. **Portaria nº 2.488/2011.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: Maio/2020.

_____. Ministério da saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. **Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids.** Brasília, 2012. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/tipo_endereco/servico-de-assistencia-especializada-em-hivaida>. Acesso em: Out./2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Editora do Ministério da Saúde, 2012.– (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32).

_____. **Ministério da Saúde estende tratamento para todos com HIV.** Brasília, 2013. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/noticias/ministerio-da-saude-estende-tratamento-para-todos-com-hiv>. Acesso em: Mar/2019.

_____. **Política Nacional de Humanização.** Brasília, 2013. 1º edição.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Rede de Atenção à Saúde/ Linha de Cuidado HIV/Aids: Curso de Novos Gestores, módulo II.** Brasília, 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Cinco passos para a construção de linhas de cuidado para pessoas vivendo com HIV/Aids.** Brasília, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/Aids.** Brasília, vol. 49, nº 53, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das

Hepatites Virais. **Guia para certificação da eliminação da transmissão vertical do HIV**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico de HIV e Aids**. Número Especial: Brasília, 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Dolutegravir para o tratamento de gestantes vivendo com HIV**. Brasília/DF, 2019.

_____. Ministério da Saúde. **São Paulo elimina a transmissão do HIV de mãe para bebê. Publicado em 14 de novembro de 2019**. Disponível em: <https://saude.gov.br/noticias/agencia-saude/46005-sao-paulo-elimina-a-transmissao-do-hiv-de-mae-para-bebe#:~:text=S%C3%A3o%20Paulo%20%C3%A9%20o%20terceiro,mundo%20a%20receber%20tal%20t%C3%ADtulo>. Acesso em: Jun/2020.

_____. **Cidadão o que tem na UBS**. Disponível em: <<http://maismedicos.gov.br/o-que-tem-na-ubs>>. Acesso em: abril/2020.

_____. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Indicadores e dados básicos do HIV/Aids nos municípios brasileiros**. Disponível em: <indicadores.Aids.gov.br/>. Acesso em: jun/2020.

BRONDANI, J. E. *et al.* Desafios da referência e contrarreferência na atenção em saúde na Perspectiva dos trabalhadores. **Rev. CogitareEnferm.** 2016.

CENTRO DE REFERÊNCIA E TRATAMENTO DST/AIDS. Eliminação da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Estado de São Paulo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 812-815, 2011.

CEZAR, V. M., DRAGANOV, P. B. A História e as Políticas Públicas do HIV no Brasil sob uma Visão Bioética. **Rev. Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**. 2014.

CONSENSUS. Revista do Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Ano VII. Número 24. Julho**, Agosto e Setembro de 2017.

COSTA N.R., LAMARCA. I. Os Governos FHC e Lula e a política para a força de trabalho civil do Governo Central Brasileiro. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 18(6):1601-1611, 2013.

CURY. J. **Educação e Contradição: elementos metodológicos para uma teoria crítica do fenômeno educativo**. São Paulo: Cortez, 1992.

DARMONT, M. de Q. R. *et al.* Adesão ao pré-natal de mulheres HIV+ que não fizeram profilaxia da transmissão vertical: um estudo sócio-comportamental e de acesso ao sistema de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 26(9):1788-1796, 2010.

DUARTE, E. EBLE, L. J. GARCIA, L. P. 30 anos do Sistema Único de Saúde. **Rev. Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 2018.

FARIA, E. R. et al. Gestação e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 30, n. 2, p. 197-203, 2014.

FIUZA, M. L. Teles *et al.* Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 740-748, 2013.

FRANCO, C. M. FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde.** [data desconhecida]. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/aceso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf>. Acesso em: Jan/2019.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado.** In: MERHY, E. E. *et al.* (orgs). O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 2004.

GALVÃO M. T. G., PAIVA S.S. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev. bras. enferm.** 2011.

GALVÃO, J. **AIDS no Brasil: a agenda de construção de uma epiemia.** Rio de Janeiro: Abia, 2000.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar:** como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. 8 Ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.

GONCALVES T. R., PICCININI C. A. Experiência da maternidade no contexto do HIV/AIDS aos três meses de vida do bebê. **Rev. Psic.: Teor. e Pesq.** 2008.

GONÇALVES, M. Doenças mentais associadas ao risco aumentado para infecção por HIV. **Jornal de Psiquiatria [online] Brasil.** Vol.20 - Nº 9, 2015.

GRECO, D.B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 21(5):1553-1564, 2016.

HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** 15. ed. Tradução de Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. Rio de Janeiro: Edições Loyola, 2006.

IAMAMOTO, M. V. As dimensões Ético-Políticas e Teórico-Methodológicas no Serviço Social Contemporâneo. In: MOTA, A. E. [et. al.], (Org.). **Serviço Social e Saúde: Formação e trabalho profissional.** São Paulo: Cortez, OPAS/OMS, Ministério da Saúde, 2006.

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na contemporaneidade-trabalho e formação profissional.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

IBGE. Coordenação de Trabalho e Rendimento. **Pesquisa nacional de saúde 2013: indicadores de saúde e mercado de trabalho - Brasil e grandes regiões**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros**. Editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti – Brasília: IPEA, 2015.

JESUS, G. J. de *et al.* Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

LIMA, J. C. F. A política nacional de saúde nos anos de 1990 e 2000: na contramão da história?. In: FIDELIS, C.; FALLEIROS, I. (Org.). **Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história**. 1ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC/EPSJV, 2010, v., p. 279-310.

LEMKE, R. A; SILVA, R. A da. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e pesquisa em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, ano 10, n. 1, 1º quadrimestre de 2010.

MACHADO, F. R. de S. O direito à saúde na interface entre sociedade civil e Estado. **Rev.Trab. educ. saúde**. 2009, vol.7, n.2, pp. 355-371.

MANAUS. **Lei nº 590, de 13 de março de 2001**. Disponível em: <<<https://leismunicipais.com.br/a/am/m/manaus/lei-ordinaria/2001/59/590/lei-ordinaria-n-590-2001-reestrutura-a-administracao-do-poder-executivo-municipal-e-da-outras-providencias>>>. Acesso em: Maio/2020.

MARIO, D.N. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**, 24(3):1223-1232, 2019.

MARQUES, M. C. da C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **Rev. Hist. cienc. saude-Manguinhos**. 2002, vol.9, suppl. pp.41-65.

MARQUES, R. M. *et al.* Governos Lula e Dilma em matéria de seguridade social e acesso à educação superior. Brazil. **Rev. J. Polit. Econ.** 2018, vol.38, n.3, pp.526-547.

MARTINS, P. C. *et al.* De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**. 2011, vol.16, n.3, pp. 1933-1942.

MARX, K, 1818-1883. **O capital: crítica da economia política - Livro I: o processo de produção do capital**. [tradução de Rubens Enderle]. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K. 1818-1883. **Contribuição à crítica da economia política**. Tradução e introdução de Florestan Fernandes. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

MELO, E. A. *et al.* Mudanças na Política Nacional de Atenção Básica: entre retrocessos e desafios. **Rev. Saúde debate**, Rio de Janeiro, 2018.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENICUCCI, T. M. G. A política de saúde no governo Lula. **Rev. Saude soc.** 2011, vol.20, n.2, pp.522-532.

MERHY, E. E. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In:Merhy et al, “**O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**”; São Paulo, HUCITEC, 2003.

MÉSZÁROS. I. Para além do capital: rumo a uma teoria da transição. Tradução: Paulo Cezar Castanheira, Sérgio Lessa. 1.ed. revista. São Paulo: **Boitempo**, 2011.

MILANOVIC, Branko. **A desigualdade no mundo**: uma nova abordagem para a era da globalização. Lisboa: Actual Editora, 2017, p.34

MINAYO, M.C. de. S. (org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petropolis, RJ: Vozes, 2009.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira. **Rev. psicol. polít.** 2009, vol.9, n.17, pp. 25-45.

NASCIMENTO, V. B do. Aspectos epidemiológico e clínico de gestantes com HIV/AIDS atendidas em um centro de referência em saúde da mulher do município de Santarém, Pará, Brasil. **Rev. J Health Sci Inst.** 2018;36(2):109-14.

NETTO, J. P.; BRAZ, M. **Economia política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

NUNES, A. J. A. **Uma Introdução à Economia Política**. São Paulo: QuartierLatin, 2007, p.441.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

OMS/OPAS-Organização Pan-americana de Saúde Brasil. **Países avançam em direção à eliminação da transmissão vertical do HIV, sífilis, hepatite B e doença de Chagas**. Publicado em 17 de maio de 2019. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5936:países-avancam-em-direcao-a-eliminacao-da-transmissao-vertical-do-hiv-sifilis-hepatite-b-e-doenca-de-chagas&Itemid=812. Acesso em: Jun/2020.

OMS/OPAS-Organização Pan-americana de Saúde Brasil. **Seis países e territórios do Caribe eliminam transmissão de HIV e sífilis de mãe para filho**. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5559:seis-paises-e-territorios-do-caribe-eliminam-transmissao-de-hiv-e-sifilis-de-mae-para-filho&Itemid=812. Acesso em: Jun/2020.

PAIM, J. S. A Constituição Cidadã e os 25 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 29(10):1927-1953, out, 2013.

PAIVA, S. S.; GALVAO, M. T. G. Sentimentos diante da não amamentação de gestantes e puérperas soropositivas para HIV. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v.13, n.3, p. 414-419, 2004.

PARKER, R. CAMARGO JR., K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16: 89-102, 2000.

PARKER, R. G. **Na contramão da AIDS: sexualidade, intervenção, política**. Rio de Janeiro: ABIA, 2000.

PEIXOTO, S. Manual de assistência pré-natal. -- 2a. ed. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

PIKETTY, T. **O capital no século XXI**. Tradução: Monica Baumgarten de Bolle. Rio de Janeiro: Intrínseca, 2014.

PREUSS, L. T. A gestão do Sistema Único de Saúde no Brasil e as regiões de fronteira em pauta. **Rev. Katálysis**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 324-335, 2018.

RICARDO, D. **Princípios de economia política e tributação**. Tradução: Paulo Henrique Ribeiro Sandroni. São Paulo, Abril Cultural, 1996.

ROCHA, S. *et al.* Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, Brasília, n. 11, p. 119-141, 2013.

RODRIGUES, J. A. HIV: Fatores que Acentuam a Vulnerabilidade na População Jovem Feminina. **Rev. bras Saúde** 17(1):3-10, 2013.

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.

SALOMON. Delcio Vieira. Da Pesquisa como processo. In: _____. **A maravilhosa incerteza: pensar, pesquisar e criar**. Capítulo IV. São Paulo. Ed. Martins Fontes, 2000.

SÁNCHEZ, A. I. M. BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva?. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):319-324, 2007.

SANTOS, J. S. **Elementos para entender a concepção e gênese da questão social**. In: SANTOS, Josiane Soares. **Questão Social: particularidades no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2012.

SANTOS, N. J. S. *et al.* Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**. 2009, vol.25.

SCATENA, J. H. G.; TANAKA, O. Y. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saude soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, p. 47-74, 2001.

SEM, A. **Desigualdade reexaminada**. Tradução: Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2011.

SEMSA. **Linha-guia de Atenção à Saúde Materno-Infantil**. Manaus, 2014.

_____. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021**. Manaus, 2018.

_____. **Relatório Anual de Gestão 2018**. Manaus, 2018.

_____. **Dados do SINAM de Manaus de 2017/2018/2019 de Aids em menores de 5 anos e de HIV em menores de 5 anos**. Coleta de pesquisa realizada em março/2020.

_____. **Dispensação de fórmula láctea no município**. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/programa-leite-do-meu-filho/>. Acesso em: maio/2020.

_____. **Unidade de saúde que oferecem Teste Rápido em Manaus**. Disponível em: <https://semsa.manaus.am.gov.br/teste-rapido-ists/>. Acesso em: maio/2020.

_____. **Vinculação do parto à maternidade de referência**. Disponível em: https://semsa.manaus.am.gov.br/servico_acoes_saude/lei-de-vinculacao-para-o-parto/ acesso em: abril 2020. Acesso em: maio/2020.

SILVA, N. E. K. e, *et al.* Limites do trabalho multiprofissional: estudo de caso dos centros de referência para DST/Aids. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. p. 108-116, 2002.

SILVA, L. B. e. **Reforma do estado ou reforma do aparelho: o mare, seu papel e seu alcance**. Belo Horizonte/MG, 2005.

SILVA, C. G. S. da. Serviço de Assistência Especializada (SAE): Uma Experiência Profissional. **Rev. Psicologia ciência e profissão**, 2007, 27 (1), 156-163.

SILVA, R. M. de O. *et al.* A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 630-636, 2008.

SILVA, C. M. *et al.* Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. **RevBrasEnferm.** 2018.

SILVA, I. M. **Territorialidades das políticas públicas de HIV/Aids: descentralização e regionalização da saúde no alto Solimões**. Manaus, 2018.

SISTEMA DE AVALIAÇÃO QUALIAIDS. Caderno de recomendações da avaliação Qualiaids. **Avaliação da qualidade dos serviços ambulatoriais do SUS que assistem adultos vivendo com HIV/aids no Brasil**. São Paulo, 2016.

SOUTO, B. G. A. As duas primeiras décadas da aids: cenário e interações com a epidemiologia. **Rev. Med Minas Gerais**. 2004; 14(4):251-6.

SOUZA, B. M. B. de. *et al.* A Política de AIDS no Brasil: uma abordagem histórica. **Rev. J ManagPrim Health Care**, 1(1):23-26. Pernambuco, 2010.

SOUZA, J. M. A de. O conservadorismo moderno: esboço para uma aproximação. **Rev. Serv. Soc. e Soc.** 2015, n.122, pp.199-223.

SPEDO, S. M. *et al.* O desafio da descentralização do Sistema Único de Saúde em município de grande porte: o caso de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(8):1781-1790, 2009.

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

TAQUETTE, Stela R. **Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde**. Atas do Congresso Ibero Americano de Investigação Qualitativa – CIAIQ. 2016.

TEIXEIRA, M. da G. *et al.* Seleção das doenças de notificação compulsória: critérios e recomendações para as três esferas de governo. **Rev. Inf. Epidemiol. Sus.** 1998, vol.7, n.1, pp.7-28.

TELES, M. F. **Avaliação do acesso aos exames laboratoriais para pacientes atendidos nas Unidades de Saúde da Família de Vitória da Conquista, BA.**/ Mauro Fernandes Teles. -- 2016.

UNAIDS. **OMS valida eliminação da transmissão de mãe para filho do HIV e da sífilis em Cuba**. Publicado em 2015. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/07/2015_06_30_Elimina%C3%A7%C3%A3o_Transmissao_Vertical_Cuba_Final.pdf. Acesso em abril/2019.

_____. **Estatísticas globais sobre HIV 2017**. Disponível em: <<https://unAids.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: Jan/2019.

_____. **América Latina e Caribe: 30,8 mil bebês nasceram sem HIV entre 2010 e 2017 na região**. Brasília, 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/2019/05/america-latina-e-caribe-308-mil-bebes-nasceram-sem-hiv-entre-2010-e-2017-na-regiao/>. Acesso em: abril/2019.

_____. **Estatísticas globais sobre HIV 2019**. Disponível em: <<https://unAids.org.br/estatisticas/>>. Acesso em: Maio/2019.

_____. **Transmissão vertical é tema da primeira reunião do GT UNAIDS de 2019**. Publicado em 19 de agosto de 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/2019/08/transmissao-vertical-e-tema-da-primeira-reuniao-do-gt-unaid-de-2019/>. Acesso em: Jun/2020.

UNA-SUS/UFMA. Consuelo Penha Castro Marques (Org.). **Redes de atenção à saúde: a Rede Cegonha**. São Luís, 2015.

VIEIRA, A. C. de S. *et al.* A epidemia de HIV/Aids e a ação do Estado. Diferenças entre Brasil, Ásia e Moçambique. **Rev. Katalysis**, v. 17, n. 2 Florianópolis, 2014.

_____. A. C. de S. Política de saúde e HIV: direito à saúde e reformas regressivas. **Rev. Argum.**, Vitória, v. 10, n.1, p. 72-83, jan./abr. 2018.

VIOLA, R. R. Breve análise acerca do PND - Programa Nacional de Desestatização. **Rev. Âmbito Jurídico**. [data desconhecida]. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=10630>. Acesso em: jan/2019.

WALDMAN, E. A. (Org.). **Vigilância em Saúde Pública**. Vol. 7. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania)

WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Cuidar e humanizar: relações e significados. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011.

Apêndices

APENDICE A
QUADRO: ELEMENTOS METODOLÓGICOS ESSENCIAIS

OBJETIVO	ATIVIDADE	LÓCUS	SUJEITO/ DOCUMENTO	TÉCNICA
Mapear os serviços disponíveis na rede municipal de atenção à saúde para a gestante HIV;	Mapeamento da rede de serviços de saúde que realizam diagnóstico e assistência a gestantes HIV, conforme dados disponibilizados pela instituição;	Distrito Sul/ Secretaria Municipal de Saúde	Setor responsável SEMSA	Levantamento documental
Identificar convergências e divergências entre o percurso instituído e o real caminho percorrido pelas gestantes HIV na busca de assistência à saúde;	Delineamento da linha de cuidados à gestante HIV no Distrito de saúde Sul, conforme dados disponibilizados pela instituição e entrevistas com os profissionais de saúde;	Distrito Sul/ Secretaria Municipal de Saúde	Setor responsável SEMSA Profissionais de Saúde	Levantamento documental; Entrevista
	Realização entrevistas com profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e de Unidade Básica de Saúde - UBS que compartilharam o cuidado em saúde das gestantes HIV notificadas no Distrito Sul no período de 2019.	Serviço de Atendimento Especializado (SAE) Unidade Básica de Saúde (UBS)	Profissionais de Saúde	Entrevista
Traçar o perfil socioepidemiológico das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE sob gestão municipal no distrito.	Análise das notificações de gestante HIV registradas do SINAN nos anos de 2017, 2018 e 2019, com ênfase no Distrito de Saúde Sul.	Distrito Sul/Secretaria Municipal de Saúde	Base de dados do SINAN	Levantamento documental
	Mapeamento das gestantes HIV que realizaram acompanhamento no SAE Antonio Reis no período de 2019;	Distrito Sul/Secretaria Municipal de Saúde	Base de dados do SINAN	Levantamento documental
	Construção a partir do prontuário do perfil socioepidemiológico das gestantes HIV que realizaram acompanhamento no SAE Antonio Reis em 2019;	Serviço de Atendimento Especializado (SAE)	Prontuário da gestante HIV	Levantamento documental

Fonte: Elaboração da pesquisadora, conforme direcionamento do orientador, 2019.

APENDICE B
QUADRO: CATEGORIAS DE ANÁLISE

EIXOS CENTRAIS	UNIDADES DE ANÁLISE	PRINCIPAIS AUTORES	PRINCIPAIS DOCUMENTOS E LEGISLAÇÕES
ESTADO	Crise estrutural do capital	Mézáros (2011) Harvey (2006)	
	Estado de bem-estar social	Nunes (2007) Behring & Boschetti (2011) Vicente (2009)	Constituição Federal de 1998
	Neoliberalismo	Prado (2011) Netto & Braz (2006) Bresser-pereira (1998)	Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado (BRASIL, 1996)
POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE	Sistema Único de Saúde	Ocké-Reis (2012) Paim (2011); Singer (1997) Bravo (2009)	Lei 8.880/1990/ 8.142/1990
	Redes de Atenção à Saúde	Mendes (2011) Carvalho (2011)	Decreto 7.508/2011 - que regulamenta a Lei no 8.080/90 para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde e prevê o estabelecimento de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Protocolo de implantação das redes de atenção a saúde e outras estratégias de RAS (BRASIL, 2014); Portaria nº 4.279/2010. Diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010)
	Transmissão Vertical do HIV	Parker (1991, 1994) Bastos (2006) Silva (2018) Ministério da Saúde (2006 - 2019)	Protocolo Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - PCDT para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite virais (BRASIL, 2018); Cinco passos para a construção de linhas de cuidados para pessoas vivendo com HIV/Aids (BRASIL, 2017) Estatísticas da UNAIDS e Boletim Epidemiológicos de HIV e Aids do Ministério da Saúde de 2017 – 2019.

Fonte: Elaboração da pesquisadora feita a partir da disciplina de Fundamentos Teórico-Methodológicos da Pesquisa do Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, no 2º/2018. (2019).

APENDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE



Universidade Federal do Amazonas – UFAM
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais – IFCHS
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)/Profissionais SAE

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa "ABREM-SE AS CORTINAS: o revelar das estratégias de enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV em Manaus" desenvolvida pela mestrande Silviane Freitas Campos, endereço institucional: Av. General Rodrigo Otávio, 6200, Comando I, CEP: 69077-000, bloco Mário Ypiranga, na Secretaria do Programa de pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, setor norte, telefone: 3305-2349/99342-4332/ e-mail: silviane.freitas@hotmail.com Sob orientação da professora Doutora Márcia Perales Mendes Silva, endereço institucional: R. Sobradinho, 100 - Flores, Manaus - AM, 69043-160, FAPEAM, telefone: 3878-4000/99162-6774/ e-mail: marcia.perales@gmail.com. A pesquisa em tela tem como **Objetivos** Geral: Analisar as estratégias implementadas na rede de atenção de saúde municipal como resposta à transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus.; Específicos: Mapear os serviços disponíveis na rede municipal de atenção à saúde para a gestante HIV; Identificar convergências e divergências entre o percurso instituído e o real caminho percorrido pelas gestantes HIV na busca de assistência à saúde; Traçar o perfil socioepidemiológico das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE sob gestão municipal no distrito. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Será garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa, assim como, não receberá nenhuma remuneração. A pesquisa ocorrerá com profissionais de saúde de nível superior do Serviço de Atendimento Especializado em HIV/Aids – SAE da Policlínica Antônio Reis que realizam atendimento contínuo de gestante HIV, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, em horário e data acordados com antecedência entre pesquisador e entrevistado. A técnica a ser utilizado junto aos pesquisados é a entrevista semiestruturada. Vale destacar, que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e na existência de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente (Dos Termos e Definição II.22, Res. CNS nº 466/2012), prestar-se-á assistência ao participante da pesquisa de forma imediata e de forma integral, recorrendo aos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde quando houver necessidade. O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, tem direito à indenização, por parte do pesquisador, ou seja, está assegurado o direito a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, a qual será verificada conforme a extensão do mesmo, com suporte jurídico (Dos Riscos e Benefícios V.7; Dos Termos e Definição II.7, Res. CNS nº 466/2012). Destaca-se ainda que existe garantia de ressarcimento, ou seja, a compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação (Dos Termos e Definições II. 21, Res. CNS nº 466/2012). Para tanto, o benefício deste estudo será o proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa (Dos Termos e Definições II. 4, Res. CNS nº 466/2012). Os resultados da pesquisa serão analisados e poderão ser publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo resguardado o sigilo. O presente documento será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do paciente ou de seu representante legal e outra com o pesquisador responsável (Do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, IV.5 Res. CNS nº 466/2012). Para quaisquer esclarecimentos segue endereço do Comitê de Ética: Rua Terezina, 495 Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus/AM telefone fixo 3305-1181, ramal 2004, e celular 99171-2496, e o e-mail cep.ufam@gmail.com.

Consentimento pós-informação: Eu _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de dialogar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante.

data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do Responsável pesquisador

Assinatura do Orientador





Universidade Federal do Amazonas – UFAM
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais – IFCHS
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)/Profissionais da UBS

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar da Pesquisa " ABREM-SE AS CORTINAS: o revelar das estratégias de enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV em Manaus" desenvolvida pela mostranda Silviane Freitas Campos, endereço institucional: Av. General Rodrigo Otávio, 6200, Coroado I, CEP: 69077-000, bloco Mário Ypiranga, na Secretaria do Programa de pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia, setor norte, telefone: 3305-2349/99342-4332/ e-mail: silviane.freitas@hotmail.com Sob orientação da professora Doutora Mircia Peraltes Mendes Silva, endereço institucional: R. Sobradinho, 100 - Flores, Manaus - AM, 69043-160, FAPEAM, telefone: 3878-4000/99162-6774/ e-mail: mircia.peraltes@gmail.com. A pesquisa em tela tem como **Objetivo** Geral: Analisar as estratégias implementadas na rede de atenção de saúde municipal como resposta à transmissão vertical do HIV no Distrito de Saúde Sul em Manaus.; Específicos: Mapear os serviços disponíveis na rede municipal de atenção à saúde para a gestante HIV; Identificar convergências e divergências entre o percurso instituído e o real caminho percorrido pelas gestantes HIV na busca de assistência à saúde; Traçar o perfil socioepidemiológico das gestantes HIV acompanhadas pelo SAE sob gestão municipal no distrito. Sua participação é voluntária e você tem plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Será garantida a confidencialidade e a privacidade das informações por você prestadas. O(a) Sr.(a) não terá nenhuma despesa, assim como, não receberá nenhuma remuneração. A pesquisa ocorrerá com profissionais de saúde de nível superior das Unidade Básicas de Saúde que notificaram casos de gestante HIV, da Secretaria Municipal de Saúde de Manaus – SEMSA, em horário e data acordados com antecedência entre pesquisador e entrevistado. A técnica a ser utilizado junto aos pesquisados é a entrevista semiestruturada. Vale destacar, que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, e na existência de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, em qualquer pesquisa e dela decorrente (Dos Termos e Definição II.22, Res. CNS nº 466/2012), prestar-se-á assistência ao participante da pesquisa de forma imediata e de forma integral, recorrendo aos serviços disponíveis no Sistema Único de Saúde quando houver necessidade. O participante da pesquisa que vier a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação na pesquisa, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, têm direito à indenização, por parte do pesquisador, ou seja, está assegurado o direito a cobertura material para reparação a dano, causado pela pesquisa ao participante da pesquisa, a qual será verificada conforme a extensão do mesmo, com suporte jurídico (Dos Riscos e Benefícios V.7; Dos Termos e Definição II.7, Res. CNS nº 466/2012). Destaca-se ainda que existe garantia de ressarcimento, ou seja, a compensação material, exclusivamente de despesas do participante e seus acompanhantes, quando necessário, tais como transporte e alimentação (Dos Termos e Definições II. 21, Res. CNS nº 466/2012). Para tanto, o benefício deste estudo será o proveito direto ou indireto, imediato ou posterior, auferido pelo participante e/ou sua comunidade em decorrência de sua participação na pesquisa (Dos Termos e Definições II. 4, Res. CNS nº 466/2012). Os resultados da pesquisa serão analisados e poderão ser publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo resguardado o sigilo. O presente documento será assinado em duas vias, de igual teor, ficando uma via em poder do paciente ou de seu representante legal e outra com o pesquisador responsável (Do Processo de Consentimento Livre e Esclarecido, IV.5 Res. CNS nº 466/2012). Para quaisquer esclarecimentos segue endereço do Comitê de Ética: Rua Terceira, 495 Adrianópolis, CEP: 69057-070 – Manaus/AM telefone fixo 3305-1181, ramal 2004, e celular 99171-2496, e o e-mail cep.ufam@gmail.com.

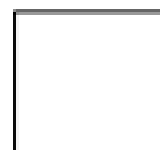
Consentimento pós-informação: Eu _____, após a leitura deste documento e de ter tido a oportunidade de dialogar com o pesquisador responsável para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou ciente dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade e esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto, apresento minha concordância de livre e espontânea vontade em participar desta pesquisa como informante.

data: ____/____/____

Assinatura do participante

Assinatura do Responsável pesquisador

Assinatura do Orientador



Impressão polegar

APENDICE D

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO DE ENTREVISTA



Universidade Federal do Amazonas – UFAM
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais – IFCHS
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



Título da Pesquisa - ABREM-SE AS CORTINAS: o revelar das estratégias de enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV em Manaus

Roteiro Semi-Estruturado de Entrevista
 Profissionais que atuam do serviço especializado em HIV/AIDS – SAE

Equipamento de saúde:	Bairro:
Horário de funcionamento:	
Profissional:	

Vínculo: () Estatutário () Regime de direito administrativo () Cooperativa () Celetista/CLT () Outro _____

Formação: () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado () Outros

Tempo de atuação na área da saúde: () menos de 1 ano () de 1 a 3 anos () de 3 a 5 anos () de 5 a 7 anos () de 7 a 9 anos () de 9 a mais de 10 anos

Quando foi a última capacitação que você participou relacionada a atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids que também contemplou a questão da transmissão vertical do HIV? () há menos de 1 ano () entre 1 a 2 anos () entre 2 e 3 anos () entre 3 e 4 anos () há mais de 4 anos () nunca participei de nenhuma capacitação relacionada ao tema

Quais profissionais compõem os recursos humanos da unidade? Qual a estrutura física deste equipamento?

Como as gestantes HIV chegam ao SAE?

Como se dá o acolhimento das gestantes com diagnóstico de HIV?

Qual a relação de cuidado compartilhado entre o SAE e a UBS que faz o acompanhamento pré-natal? Qual a relação que se estabelece entre o SAE e as maternidades do território?

Todas as gestantes HIV têm conseguido realizar os exames específicos de sua condição (genotipagem, carga viral, cd4/ cd8)? Qual a regularidade de consultas das gestantes HIV?

As gestantes HIV têm realizado a visita de vinculação nas maternidades? Caso positivo como é realizado, em caso negativo qual os motivos relatados por elas?

As gestantes HIV têm tido alguma dificuldade para agendar a cesariana eletiva, quando for o caso de indicação para o parto? Se houver dificuldade, por que ocorre?

A gestante HIV tem sido orientada no SAE quanto a não amamentação e o direito à fórmula láctea? e como fazem para receberem a fórmula láctea?

Quais as dificuldades relatadas pelas gestantes HIV no atendimento pré-natal, no SAE e na maternidade?



Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais – IFCHS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



Há alguma resistência das gestantes HIV ao tratamento? Se houver o que elas alegam?

Existe resistência ao uso das medicações?

O SAE tem feito busca ativa de gestantes que abandonam o tratamento? Se positivo de que forma? Se negativo, quais os motivos para a não realização da busca ativa?

Após o parto a mãe e bebê tem retornado ao SAE? Se não retornam por quais motivos?

Nas consultas as gestantes são orientadas quanto a possibilidade de transmissão vertical do HIV? Se positivo de que forma? Se negativos, quais os motivos para a não orientação?

Sendo este SAE um serviço especializado da rede de Atenção primária, qual o conhecimento e articulação que você possui dessa rede?



Universidade Federal do Amazonas – UFAM
 Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais – IFCHS
 Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



Título da Pesquisa - ABREM-SE AS CORTINAS: o revelar das estratégias de enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV em Manaus

Roteiro Semi-Estruturado de Entrevista
 Profissionais que atuam nos serviços de atenção primária – UBS

Profissionais que atuam nas unidades notificadoras UBS

Equipamento de saúde:	Bairro:
Horário de funcionamento:	
Profissional:	

Vínculo: () Estatutário () Regime de direito administrativo () Cooperativa ()
 Celetista/CLT () Outro _____

Formação: () Especialização () Residência () Mestrado () Doutorado () Outros

Tempo de atuação na área da saúde: () menos de 1 ano () de 1 a 3 anos () de 3 a 5 anos
 () de 5 a 7 anos () de 7 a 9 anos () de 9 a mais de 10 anos

Quando foi a última capacitação que você participou relacionada a atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids que também contemplou a questão da transmissão vertical do HIV?
 () há menos de 1 ano () entre 1 a 2 anos () entre 2 e 3 anos () entre 3 e 4 anos () há mais de 4 anos () nunca participei de nenhuma capacitação relacionada ao tema

Você conhece a os serviços de atenção básica que se articulam para atender a gestante HIV?

Quais profissionais compõem os recursos humanos da unidade? Qual a estrutura física deste equipamento?

Como as gestantes HIV chegam à UBS?

Como se dá o acolhimento das gestantes com diagnóstico de HIV?

Qual a relação de cuidado compartilhado entre a UBS e o SAE? Qual a relação que se estabelece entre a UBS e as maternidades do território?

Todas as gestantes HIV têm conseguido realizar o pré-natal? Qual a regularidade de consultas das gestantes HIV? Caso não, quais os motivos que você identifica?

As gestantes HIV têm realizado a visita de vinculação na maternidade?

As gestantes HIV têm tido alguma dificuldade para agendar a via de parto, quando for o caso de indicação para o parto?

A gestante HIV tem sido orientada no UBS quanto a não amamentação e o direito à fórmula lícita?

APENDICE E

ROTEIRO DE ANÁLISE DOS PRONTUÁRIOS



Universidade Federal do Amazonas – UFAM
Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais – IFCHS
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



Título da Pesquisa - ABREM-SE AS CORTINAS: o revelar das estratégias de enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV em Manaus

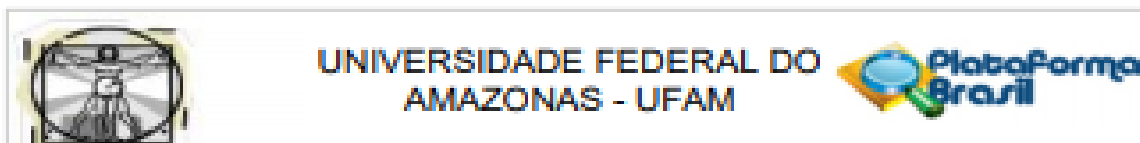
Roteiro Semi-Estruturado de Identificação

Informações principais a serem consideradas dos prontuários:

- Data de preenchimento do prontuário
- Endereço da gestante
- Município
- Idade
- Escolaridade
- Estado civil/união
- Cor/raça (autodeclaração)
- Antecedentes obstétricos
- Gravidez atual
- Evolução da gestação
- Realização de exames laboratoriais/Ultrassonografia
- Evolução nutricional
- O fluxo de atendimento registrado no prontuário;
- O registro da evolução dos atendimentos dos profissionais que as acompanharam;
- Através do registro nos prontuários identificar se houve a referência e contrarreferência da gestante;
- Através do registro nos prontuários identificar se houve a necessidade da busca e como ocorreu.
- Identificar se no prontuário há um registro sobre criança exposta ou infectada via transmissão vertical.

Anexos

ANEXO A PARECER DE APROVAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ABREM-SE AS CORTINAS: O REVELAR DAS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO À TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM MANAUS.

Pesquisador: Silviane Freitas Campos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26417819.5.0000.5020

Instituição Proponente: Universidade Federal do Amazonas - UFAM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.803.923

Apresentação do Projeto:

Uma sociedade tão complexa e desigual quanto a brasileira, permeada por processos de negação ao acesso aos direitos fundamentais, impõe inúmeros percalços ao enfrentamento do HIV/Aids e, conseqüentemente, à sua transmissão vertical. Isso se agudiza a partir do entendimento de que a crise estrutural do capital que se vivencia traz implicações profundas e difusas à classe trabalhadora, redefinindo a função social do Estado sob as diretrizes ideológicas do denominado neoliberalismo. Logo, não se pode apartar a questão do HIV e suas vias de transmissão, inclusive sua forma vertical, de uma totalidade emaranhada de processos que impõem maior vulnerabilidade à população de contrair o HIV, e em algum momento desenvolver a doença Aids. Os dados falam por si, os quais permeiam todo o corpo deste estudo, demonstrando o significativo incremento de gestantes que passam a viver com HIV, sendo necessário um olhar a este segmento que traz consigo a totalidade de um ser biopsicossocial em suas relações sociais cotidianas, que além de lidar com as particularidades da gestação, passa a vivenciar a condição HIV. Em se tratando da especificidade geográfica da região norte, mais precisamente do Amazonas, receber um diagnóstico de HIV em plena gestação pode se configurar para muitos um desafio. O acesso ao pré-natal, o acompanhamento da condição HIV e posterior acompanhamento da criança exposta nem sempre se dá de forma facilitada. Sabe-se que a grande maioria dos municípios do Estado apresentam apenas serviços de atenção primária à saúde.

F poucas exceções na prestação de serviços de saúde de média complexidade podem ser

Endereço: Rua Teresina, 465

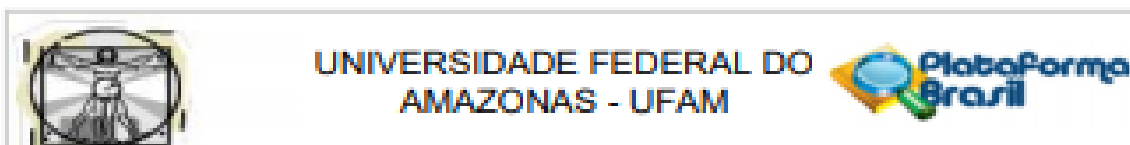
Bairro: Adilandópolis

CEP: 66.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.802.822

Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	10:09:01	Campos	Aceito
Outros	Anuencia.pdf	27/11/2019 10:00:13	Silviana Freitas Campos	Aceito
Folha de Rosto	FolhaDeRosto1.pdf	27/11/2019 09:57:04	Silviana Freitas Campos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

MANAUS, 20 de Janeiro de 2020

Assinado por:

Eliana Maria Pereira da Fonseca
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Teresina, 405

Bairro: Adrianópolis

CEP: 69.057-070

UF: AM Município: MANAUS

Telefone: (92)3305-1181

E-mail: cep.ufam@gmail.com

ANEXO B
AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



MANAUS

AUTORIZAÇÃO Nº 05 /2020 – ESAP/SEMSA

SEMSA
Secretaria Municipal de Saúde

ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA DE MANAUS
Av. Professor Nelson Lima, 2258, Bloco D – Parque
das Laranjeiras
Manaus/AM – CEP: 68.018-030
www.manaus.am.gov.br

Manaus, 22 de janeiro de 2020.

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E COMPROMISSO DO PESQUISADOR

Declaramos para os devidos fins que a Escola de Saúde Pública de Manaus - ESAP autoriza a realização no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde – SEMSA da seguinte pesquisa:

Título:	"Abrem-se as cortinas: o revelar das estratégias de enfrentamento da transmissão vertical do HIV em Manaus"		
Pesquisador Responsável:	Silviane Freitas Campos		
Professor Orientador:	Márcia Perales Mendes Silva	Instituição:	Universidade Federal do Amazonas
Período da pesquisa de campo:	25/01/2020 a 25/02/2020	Local da pesquisa:	Policlínica Antônio Reis
Nº do Parecer:	3.803.923	Comitê de Ética em Pesquisa:	Universidade Federal do Amazonas
Atores Envolvidos:	Profissional de nível superior com atuação no SAE e que realiza atendimento contínuo de gestante HIV e com profissional de nível superior com atuação em UBS que tenha notificado caso de gestante HIV. Além disso, coleta de dados nos prontuários das gestantes HIV.		

O Pesquisador se compromete:

1. Assegurar que os resultados obtidos serão tratados conforme prevê a Resolução CNS nº 466/2012 e suas complementares;
2. Garantir a não interferência no processo de trabalho do local de abrangência da pesquisa;
3. Desenvolver a pesquisa sem ônus para esta Secretaria, ou seja, é vedada a utilização de recursos humanos, material de expediente e outros;
4. Informar sobre os resultados parciais da pesquisa, especialmente quando estes impactarem de modo negativo à comunidade usuária, a fim de que esta Secretaria desenvolva alternativas de solução para a problemática detectada, antes do término da pesquisa;
5. Manter sigilo das informações e identificação dos sujeitos e cenários da pesquisa, sobretudo, quanto à divulgação em mídias sociais;
6. Apresentar cópia deste documento ao gestor do local de abrangência da pesquisa;
7. Apresentar os resultados da pesquisa na Mostra de Pesquisa Científica da Secretaria, que ocorre anualmente no mês de dezembro, sob pena de inviabilizar a execução de novas pesquisas.

Salientamos que esta autorização deferida pelo Comitê Científico é voluntária, podendo a qualquer momento serem solicitados esclarecimentos sobre a pesquisa que está sendo desenvolvida ou até mesmo ser revogada.

PROF. DR. ANTÔNIO REIS
Ney Anderson Barbosa
Matrícula: 116.914-38
24.01.2020

Nubya Rodrigues da Silva
Diretora do Departamento Técnico-Científico
DETEC/SEMSA

Nubya Rodrigues da Silva
Diretora do Departamento Técnico-Científico
DETEC/ESAP/SEMSA

Silviane Freitas Campos
Silviane Freitas Campos
Pesquisador(a) Responsável

007.808.35247
CPF

Manaus,
23 de janeiro de 2020.
Local / Data

ANEXO C ATA DE DEFESA



Poder Executivo
Ministério da Educação
Universidade Federal do Amazonas
Programa de Pós-Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia



ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO

Aos vinte e nove (29) dias do mês de setembro do ano de dois mil e vinte (2020), às 15 horas, em observância ao que versam os artigos 34 a 36 do Regimento Interno do Programa reuniu-se a Banca designada pela Coordenação do Mestrado para examinar, em sessão pública, a dissertação de Mestrado sob o título: "ABREM-SE AS CORTINAS: O REVELAR DAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE PARA O ENFRENTAMENTO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV EM MANAUS." de autoria da mestrandia SILVIANE FREITAS CAMPOS, matrícula 2180099. A sessão aconteceu por meio de videoconferência através da plataforma Google Meet, com acesso público pelo link: <https://meet.google.com/dvc-mcyp-nrn>, em observância à Portaria nº 626/2020-GR, DECISÃO *ad referendum* – CONSUNI 01/2020 e ao Ofício Circular nº. 009/2020-PROPESP/UFAM, e contou com a participação da mestrandia e da banca examinadora composta pelos professores: Dr.ª Márcia Perales Mendes Silva (PPGSS/UFAM), presidente e orientadora; Dr.ª Simone Eneida Baçal de Oliveira (PPGSS/UFAM), membro interno e Dr.ª Márcia Irene Pereira de Andrade (DSS/UFAM), membro externo. A presidente deu por aberta a sessão e, em seguida, passou a palavra à mestrandia, para que, no prazo máximo de 40 (quarenta) minutos, expusesse o trabalho de pesquisa que resultou na Dissertação sob defesa. Terminada a exposição, a presidente autorizou a arguição pela Banca Examinadora. Finalizada a arguição, a presidente suspendeu a sessão para que fosse efetivado o julgamento do Trabalho apresentado. Recolhidos os resultados, a presidente retomou os trabalhos públicos da sessão e anunciou o resultado final do julgamento da Dissertação apresentada: a banca aprovou a Dissertação. A banca, às ___h ___min, encerra a sessão, cuja ata vai assinada pela Banca Examinadora.

Área de Concentração: Serviço Social, Políticas Públicas, Trabalho e Sustentabilidade na Amazônia

Linha de Pesquisa: Questão Social, Políticas Sociais, Lutas Sociais e Formação Profissional

AVALIAÇÃO:

Aprovada

Reprovada

Observações da Banca Examinadora:

Observar as sugestões da Banca, se forem pertinentes.

BANCA EXAMINADORA:

1. Prof.ª Dr.ª Márcia Perales Mendes Silva (PPGSS/UFAM) (Presidente)

C.P.F: 214.861.902-00

2. Prof.ª Dr.ª Simone Eneida Baçal de Oliveira (PPGSS/UFAM) (Membro Interno)

C.P.F: 160.375.702-30

3. Prof.ª Dr.ª Márcia Irene Pereira Andrade (DSS/UFAM) (Membro Externo)

C.P.F: 967.128.647-04