

TESTES RÁPIDOS PARA HIV/IST E CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA ÓTICA DE PROFISSIONAIS E GESTANTES¹

Éthel de Almeida Ribas²
Jeneson Tavares da Cruz³
Tonantzin Ribeiro Gonçalves⁴

O Brasil tem registrado uma média anual de 36,8 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos e a maior concentração nas regiões Sul e Sudeste (Brasil, 2021). Embora tenha diminuído as taxas de detecção de casos de Aids desde 2012, o Rio Grande do Sul se encontra entre os três estados no ranking das maiores taxas, correspondendo a 21,8 por 100 mil habitantes, se comparado à média nacional que foi de 18,0 em 2019 e 14,1 casos por 100 mil habitantes no ano de 2020 (Brasil, 2021). De acordo com Boletim Epidemiológico de 2021 do Ministério da Saúde, entre 2007 e 2021, segundo o sexo, 266.360 mil (69,8%) casos de infecção pelo HIV em homens e 115.333 mil (30,2) casos em mulheres.

As notificações de infecções por HIV refletem iniquidades sociais importantes que são resultado de uma dinâmica de sobreposição de marcadores como classe social, raça, gênero, orientação sexual, geração e outros que atuam vulnerabilizando de modo diferencial as pessoas. Nesse sentido, o Boletim epidemiológico da Saúde da População Negra, lançado em 2023, que no ano de 2021, indica que a proporção de pessoas negras notificadas com

-
- 1 Este trabalho é oriundo da dissertação de mestrado da primeira autora defendida em maio de 2015 junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, sob orientação da professora Tonantzin Ribeiro Gonçalves. A primeira autora recebeu bolsa Capes/Prosuc.
 - 2 Farmacêutica, mestre em Saúde Coletiva, professora no Centro Universitário Ritter dos Reis. E-mail: ethelribaz@gmail.com.
 - 3 Psicólogo clínico, mestre em Filosofia (PUCPR), doutorando em Saúde Coletiva pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos e Research intern – École de Santé Publique de l'Université de Montréal. E-mail: jenesontc@gmail.com.
 - 4 Psicóloga, Doutora em Psicologia, professora na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e colíder do LabIES. E-mail: tonantzin@ufcspa.edu.br.

aids superou 70% (6,3% de pretos e 64,9% de pardos), representando também quase dois terços dos óbitos em relação a pessoas brancas (Brasil, 2023).

A infecção pelo HIV e sífilis entre mulheres cisgêneras em idade reprodutiva está ligada à probabilidade da gestação e, consequentemente, ao risco de transmissão vertical (TV) do vírus. Neste caso, existe o risco de transmitir o HIV à criança durante a gestação, no momento do parto ou na amamentação (Szlachta-McGinn *et al.*, 2020). Quanto às gestantes, observou-se aumento dos casos de HIV detectados em grávidas pardas e pretas, passando de 62,4% em 2011 para 67,7% em 2021, com maior proporção entre aquelas de 15 a 29 anos, totalizando 69,6% das notificações (Brasil, 2023).

A região Sul do país ainda apresenta uma grande participação de casos de Aids entre mulheres, com especial destaque àquelas em idade reprodutiva. No período entre 2000 e 2021 houve a notificação de 141.025 infecções pelo HIV em gestantes em território nacional e a região Sul sempre liderou com as maiores taxas de detecção de HIV em gestantes, a qual em 2020, observou-se a taxa de 5,2 casos/mil nascidos vivos, o que supera em duas vezes a taxa do país. Porto Alegre é repetidamente a capital com a maior taxa de detecção em 2020, 17,1 casos/mil nascidos vivos, correspondendo a seis vezes mais que a média nacional (Brasil, 2021).

O risco de TV é de 25% e 30%, caso não haja intervenção preventiva durante a gestação. Dessa porcentagem, a transmissão pode ocorrer intraútero (25% a 40%), intraparto (60% a 75%) ou através da amamentação (7% a 22%) por exposição, ou seja, a cada mamada (Porto Alegre, 2022). A TV pode ser reduzida ao risco de 2% a zero com aplicação de todas as medidas profiláticas: Teste anti-HIV, Sífilis e Hepatites virais durante pré-natal e trabalho de parto, uso de antirretrovirais a partir da 14ª semana gestacional e no parto, cesárea profilática se carga viral acima de 1000 cópias, uso de AZT até 45 dias do bebê e aleitamento com fórmula láctea.

O aumento da TV está diretamente relacionado ao diagnóstico tardio, e, portanto, o diagnóstico precoce é definidor na adoção de estratégias para impedir a infecção. Neste contexto, os Testes Rápidos (TR) surgiram como uma tecnologia em saúde que auxilia no combate aos altos índices de TV do HIV e de outras IST. No pré-natal, o Ministério da Saúde preconiza que os TR devem ser realizados na primeira consulta e repetidos a cada trimestre e no momento do parto em todos os Centros Obstétricos, sejam eles particulares ou públicos, totalizando a realização de pelo menos três testes durante o pré-natal (Melo *et al.*, 2021). Quando da detecção de HIV, sífilis ou hepatites virais durante o pré-natal, parto ou pós-parto, uma série de recomendações e encaminhamentos devem ser disparados para a prevenção da TV, assim como o acompanhamento ou tratamento da mãe e da criança exposta (Brasil, 2021).

Considera-se que a testagem rápida é uma medida preventiva de grande importância e seu impacto reverbera na saúde de gestantes e bebês. Os TR correspondem a uma oportunidade central para ampliar o acesso às medidas profiláticas de proteção para os bebês de modo precoce. Ao mesmo tempo, o acesso aos TR no âmbito da APS pode abrir caminhos importantes para a prevenção e a promoção da saúde sexual e reprodutiva das comunidades, especialmente entre as mulheres cis e pessoas com útero, a partir de um modelo de atenção pautado pelo vínculo, a responsabilização, a territorialização e a longitudinalidade e a integralidade do cuidado. Porém, pouco se debateu até aqui como a implementação dessas ações tem acontecido na rotina dos serviços de APS e, particularmente, como tem contribuído para qualificar a atenção às pessoas gestantes. Particularmente, do ponto de vista do princípio da equidade do SUS, torna-se necessário discutir como essa tecnologia tem sido incorporada na produção de um cuidado que enfrente as iniquidades de gênero, raça/etnia e classe social, dentre outras. Para tanto, tivemos por objetivo investigar sobre a utilização de TR num cenário de epidemia generalizada do HIV na perspectiva de gestantes e profissionais da saúde e do referencial dos direitos humanos, da vulnerabilidade e do cuidado dialógico em saúde (Ayres, 2002b; Ayres, 2004).

A concepção de vulnerabilidade tem sido muito útil no sentido de repensar estratégias de prevenção de doenças e ao revelar condicionamentos sociais impostos particularmente pelas relações de gênero (Ayres, 2002b; Diniz; Guilhem, 1999; Guilhem; Azevedo, 2009). Diversos estudos têm desvelado um complexo cenário de vulneração das mulheres frente ao HIV ligada à subordinação feminina, aspectos morais que circundam a construção sociocultural das relações heterossexuais e se somam a condições de pobreza e desinformação (Azevedo; Guilhem, 2005; Morales; Barreda, 2008). A crença na proteção do casamento, a confiança no parceiro, a dependência socioeconômica e afetiva, condições de educação e emprego mais precárias, restringe as possibilidades de muitas mulheres negociarem relações sexuais seguras com os parceiros, levando-as à infecção e limitando sua capacidade de lidar com as consequências físicas, psicológicas e sociais da doença.

Os processos ligados à reprodução humana têm sido foco de extensa medicalização nas sociedades contemporâneas, sendo o corpo da mulher alvo de inúmeras regulações e disciplinamentos. Mais ainda, a preponderância do papel materno na criação dos filhos e a medicalização do processo reprodutivo se constituíram como dispositivos centrais das biopolíticas vigentes a partir do século XIX (Foucault, 1988/1999). Assim, os corpos de gestantes e mães têm sido capturados pelas biopolíticas contemporâneas como centrais para a gestão da vida nas sociedades ocidentais, salientando sua responsabilidade por produzir filhos saudáveis e, conseqüentemente, pela solução de

vários problemas sociais (Meyer, 2005). Por outro lado, aquelas que não aderem tão facilmente a esses padrões são consideradas “mães de risco” e tornam-se alvos de intervenções e práticas de saúde específicas (Meyer, 2005).

A partir de duas pesquisas etnográficas realizadas com usuárias jovens de serviços de saúde pública em áreas pobres do Recife e do Rio de Janeiro, Robles (2015a) debate como o pré-natal se torna um dispositivo de regulação de comportamentos e práticas de “cuidado de si” e do “outro a vir” e, sobretudo, de como se constituir o papel materno. Segundo a autora, com a expansão das políticas de atenção materno-infantil no Brasil nos últimos anos, ficar grávida implica, cada vez mais, estabelecer uma relação muito próxima com o saber médico, em especial para as mais jovens e pobres, que tendem a ser vistas pelos serviços de saúde como mais vulneráveis. Tal proximidade estabelece regulações individualizantes dos corpos das grávidas em prol de atingir os objetivos sanitários (i.e., redução da mortalidade infantil e materna), ao mesmo tempo em que designa grupos de “risco”, geralmente jovens com gestações não-planejadas, nos quais se deve investir ativamente para a construção de um “projeto de criança” por meio da transmissão de normas em processos de “escuta” e “acompanhamento”. Apesar da captura disciplinar que o pré-natal favorece, a autora descreve como as experiências das mulheres são construídas também na busca por se distanciar dos modelos e práticas por ele veiculadas.

A partir das dificuldades da gestão em operar para além do produtivismo e das políticas de saúde em abarcar a saúde sob a perspectiva da integralidade, as práticas cotidianas na APS tendem a reproduzir uma lógica de segmentarização dos usuários, muitas vezes exacerbada por concepções estereotipadas dos profissionais em relação a população atendida (Cunha, 2010). Com base em observações etnográficas e entrevistas com profissionais em duas unidades de Saúde do Rio de Janeiro, Bellenzani (2013) destacou inúmeras dificuldades em abordar a saúde sexual nos serviços de APS. Segundo a autora, o modelo assistencial prevalente na APS, ainda caracterizado pela fragmentação, centrado no indivíduo e no aspecto curativo, obstaculiza oportunidades de atenção às IST/HIV que não se focam só na dimensão reprodutiva e em práticas heterocisnormativas. Ainda, destaca-se a dificuldade de abordar as sexualidades e as relações de gênero no dia-dia dos serviços de APS em que outras demandas, ligadas aos determinantes sociais, são mais prementes e/ou parecem desconectadas das questões sexuais. Soma-se a esse cenário a falta de integração entre as políticas de HIV/Aids e da APS.

Todo esse processo pode gerar desigualdades de acesso e de cuidado, ora enfatizando alguns segmentos da população, ora limitando outros. Assim, considerando as mulheres em geral, o grupo de gestantes é priorizado

e, dentre as grávidas, algumas ainda se destacariam ainda mais, tais como as mais pobres, mais jovens e aquelas com algum comportamento de “risco”. Segundo Robles (2015a), ao mesmo tempo em que se produz uma centralidade para tais subgrupos de gestantes, se produz também a invisibilização de mulheres não-gestantes, das que já não estão em idade reprodutiva e dos homens de modo geral, assim como de outras categorias de situações de saúde tais como o uso de drogas, a violência e o sexo desprotegido.

Em particular, cabe destacar que a dificuldade das políticas da APS em contemplar a saúde dos homens (Souza *et al.*, 2020) reflete a vulnerabilidade programática para a prevenção da TV do HIV e da Sífilis e mesmo, da saúde das próprias mulheres. Ao centralizar as ações apenas para o diagnóstico das gestantes infectadas e, somente em casos positivos acionar o parceiro, deixa-se de abarcar vulnerabilidades que permanecem presentes para as mulheres e que as expõem a infecções durante a gestação.

Embora as perspectivas sejam positivas, ainda há poucas evidências sobre o impacto do matriciamento da testagem de HIV e Sífilis, por meio do uso de testes rápidos, na melhoria do acesso ao tratamento, diminuição da morbimortalidade materna e infantil relacionado à aids e à Sífilis e, particularmente, na diminuição das desigualdades sociais nesses indicadores. Diversos problemas também têm sido apontados com relação aos processos de trabalho e à qualidade da atenção envolvendo a testagem, diagnóstico, cuidado e prevenção em HIV/aids na APS. Aspectos como a não realização ou realização superficial do aconselhamento pré e pós-teste (Silveira; Bones, 2013), bem como as dificuldades em lidar com a questão da privacidade/sigilo nos territórios, a persistência do estigma associado ao HIV/aids na oferta de ações de prevenção e testagem para a população (Zambenedetti; Both, 2012; 2013; Zambenedetti; Silva, 2015) e a falta de articulação da rede de saúde visando uma atenção integral (Silva; Val; Nichiata, 2010).

Nesse contexto, é evidente que a categoria do gênero perpassa a formulação e operacionalização das políticas de combate ao HIV/aids, no sentido de priorizar o controle dos corpos das mulheres, em especial, no que concerne aos aspectos reprodutivos. Ao enfocar prioritariamente mulheres em idade reprodutiva, gestantes e parturientes, as políticas em torno da prevenção da TV do HIV e da SC podem reforçar estereótipos de gênero que estão longe de potencializar relações mais igualitárias, o empoderamento e a autonomia sexual e reprodutiva feminina. Por um lado, apesar de as diretrizes e capacitações para aplicação do TR contemplarem a voluntariedade, o sigilo e o aconselhamento pós-teste, há indícios de isso não vem sendo praticado rotineiramente, colocando a mulher como objeto passivo da tecnologia com o nobre motivo da salvaguarda do bebê (Carneiro; Coelho, 2013; Zakabi, 2012). Como revela um estudo com agentes co-

munitárias no Rio de Janeiro, o foco das ações da APS segue restrito à prevenção da “gravidez precoce” e da “promiscuidade sexual” entre as jovens, não abordando a saúde das mulheres de modo integral (Bellenzani; Santos; Paiva, 2012). Assim, abordar a sexualidade na perspectiva da diversidade e da integralidade permanece sendo um aspecto altamente negligenciado, o que dificulta que as ações preventivas abarquem os contextos complexos de sociabilidade, das relações de gênero, classe social e raça que perpassam as práticas sexuais e vulnerabilizam as pessoas.

Entende-se que o cenário do HIV/aids e da Sífilis circunscreve um grupo de mães “de alto risco”, sendo que para além da categoria epidemiológica, a raça e a classe social das mulheres potencializam uma intensa regulação de sua experiência da maternidade. Portanto, a designação da categoria de risco para as gestantes, como dispositivo biopolítico, serve para orientar a vigilância epidemiológica das populações quanto a indicação de comportamentos individuais da mulher em relação à gravidez. Sobre isso, Robles (2015b) discute como a definição de risco se situa na confluência entre duas técnicas distintas de regulação da experiência de gestação de mulheres de camadas populares, usuárias do SUS: a medicalização e a sanitização. Segundo a autora, a dificuldade na avaliação operacional dos “fatores de risco”, faz com que os cuidados do pré-natal deslizem do campo médico para um campo moral e cultural, em que as técnicas de sanitização se tornam preponderantes em relação à medicalização, esta última referente aos processos regulatórios que se centram nas doenças e no uso de tecnologias. A sanitização é vista como um processo de realização de si por meio da construção de “projeto de criança”, levando as mulheres a responsabilizar-se individualmente pelos cuidados com a gestação como uma obrigação moral (Robles, 2015b).

Entendendo a centralidade e a medicalização envolvida na profilaxia da TV do HIV e da SC durante a gestação em um cenário de epidemia generalizada como é o caso do município de Porto Alegre, é importante entender como a APS tem operacionalizado o cuidado, se contemplam também a saúde das mulheres e quais estratégias de sanitização têm sido engendradas nesse processo. Sendo assim, o estudo, fruto da dissertação de mestrado da primeira autora (Ribas, 2015), buscou compreender como têm se dado a utilização do TR para HIV/Sífilis/Hepatites no cuidado de pré-natal da APS a partir da perspectiva de gestantes e profissionais da saúde em Porto Alegre.

Percurso metodológico

O estudo de caráter qualitativo fez uso de observações e entrevistas semiestruturadas (Flick, 2009; Vitoria; Knauth; Hassen, 2000), com

a participação de profissionais de saúde e gestantes em acompanhamento pré-natal numa unidade de Atenção Primária de Saúde na cidade de Porto Alegre. As entrevistas e observações na unidade de saúde, realizadas no início do ano de 2014, foram precedidas e acompanhadas por inserções de campo nas reuniões do Comitê da Transmissão Vertical da Sífilis e do HIV de Porto Alegre, que ocorreram mensalmente a partir do segundo semestre de 2013. Importante destacar que o trabalho de campo foi realizado no contexto da implementação do matriciamento da testagem anti-HIV e Sífilis para a rede de atenção primária do município que iniciou em final de 2012. A unidade de saúde contatada foi indicada pela Gerência Distrital da Atenção Primária por ser um serviço em que o matriciamento tinha sido bem-sucedido e cuja equipe estava toda treinada.

O contato com as gestantes era feito por intermédio da enfermeira ou da médica que conduziam as consultas de pré-natal. Após a consulta a mulher era apresentada para a pesquisadora que lhe explicava a pesquisa. Aceitaram participar das entrevistadas sete gestantes cisgêneras, entre dezessete e quarenta anos de idade, que realizavam o pré-natal na unidade e estavam entre o terceiro e oitavo mês de gestação (Tabela 1). Dentre as mulheres contatadas, apenas uma se recusou a participar por não ter disponibilidade de tempo.

Tabela 1. Características das gestantes em atendimento pré-natal unidade de saúde, Porto Alegre-RS, 2014.

Nome fictício	Idade	Raça/cor	Ocupação	Escolaridade	Situação familiar	Filhos	Gravidez planejada
Camila	18	Parda	Estudante	Médio incompleto	Mora com companheiro	Não	Não
Clarice	27	Preta	Do lar	Fundamental Completo	Convive com familiares (sogra)	2 filhos	Não
Maria	28	Amarela	Caixa operadora	Fundamental Completo	Convive com companheiro	1 menina, 11 anos	Sim
Neuza	40	Branca	Auxiliar de serviços gerais	Fundamental incompleto	Convive com companheiro	1 menino, 19 anos	Sim
Luiza	17	Parda	Estudante	Médio incompleto	Mora com familiares (pais)	Não	Não
Rosa	25	Branca	Caixa operadora	Médio completo	Convive com companheiro	Não	Sim
Jordana	20	Branca	Promotora de vendas	Médio completo	Convive com companheiro	Não	Sim

Fonte: as autoras.

Quanto aos profissionais, houve o convite de participação por meio da indicação da coordenação da unidade de saúde para aqueles que participavam diretamente no acompanhamento do pré-natal de gestantes. Cinco profissionais aceitaram participar das entrevistas, sendo duas agentes comunitárias de saúde, uma enfermeira, um médico e uma técnica de enfermagem. A faixa etária dos profissionais era entre 31 e 41 anos de idade e o tempo de serviço em assistência de saúde variava entre dois e quatorze anos de profissão (Tabela 2). Todos os profissionais entrevistados se autodeclararam brancos, com exceção de uma agente comunitária que se declarou parda.

Tabela 2. Características dos/as profissionais de saúde da unidade de saúde, Porto Alegre-RS, 2014.

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

Fonte: as autoras.

A análise de dados foi orientada pela Análise de Discurso (Íñiguez, 2004; Maingueneau, 1998), para a qual os sentidos dos textos devem ser captados para compreensão do contexto em que os discursos se produzem, atentando-se não apenas ao que é dito explicitamente, mas também ao que não é dito, às expressões e formas particulares de verbalização e ao entorno dos relatos, ou seja, revela as vontades, os planos e as ideias contidas nos discursos. A análise problematizou o cuidado integral em saúde a partir de dois eixos temáticos que se encontram na sequência. São eles: *Pré-natal e teste rápido: mais uma tecnologia?* e *Teste rápido e a saúde da mulher: centralidade e descrédito*.

Testes Rápidos no pré-natal: mais uma tecnologia?

Este eixo analítico tem como base a implementação dos testes rápidos para HIV e outras IST na APS a partir das perspectivas de gestantes e

profissionais sobre a utilização dos TR no pré-natal. Como veremos a seguir, os TR foram percebidos pelas/os profissionais como *mais uma política*⁵ que, embora seja importante para a prevenção e promoção da saúde, se somava às outras ações em saúde dos serviços que devem ser *absorvidas* por eles.

Sabe-se que a APS tem um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção das morbidades, pois é a partir dela que a população pode construir práticas e meios próprios de atingir a saúde e bem-estar. Cecilio *et al.* (2012) relatam que a APS é um lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para compor o cuidado que precisam. Seu status de contato primeiro e preferencial deveria se dar para a maioria das pessoas, o que possibilitaria o diagnóstico e o acompanhamento integral de muitas morbidades. Aqui pensamos o conceito de integralidade não como um dos princípios do Sistema Único de Saúde propriamente, mas no seu sentido mais comum que diz respeito ‘à reunião de todas as partes que formam um todo’. Concordamos com Pinheiro quando destaca que:

A “integralidade” está presente no encontro, na conversa em que a atitude do médico busca prudentemente reconhecer, para além das demandas explícitas, as necessidades dos cidadãos no que diz respeito à sua saúde. A “integralidade” está presente também na preocupação desse profissional com o uso das técnicas de prevenção, tentando não expandir o consumo de bens e serviços de saúde, nem dirigir a regulação dos corpos (Pinheiro, 2009, p. 256).

Ao trazermos para o nosso contexto particular, analisamos esse ‘encontro’ do profissional de saúde com a gestante que se torna presente a partir da intermediação da tecnologia de prevenção e detecção de HIV ou outras IST. Porém, a inserção do TR na rotina de acompanhamento pré-natal consolidava-se como mais uma demanda que a equipe da unidade precisava absorver dentre tantas outras, como evidencia o relato de uma profissional:

Na rotina (o TR) fica mais difícil para todos os profissionais. Ah... políticas públicas vêm do ministério, do estado ou do município... e assim como o TR, têm tantas outras coisas. As demandas só vêm e nós temos que assimilar e que fazer. [...] Quem está lá tem que absorver mais isso. Tu tens que abrir espaço e horário e fazer. Nós nos sentimos desvalorizados e colocados em segundo plano. É bom para o paciente? É, então

5 As palavras e expressões que se encontram em *itálico* correspondem às falas de participantes da pesquisa. Nós as mantemos para sermos mais fiéis ao discurso daqueles que entrevistamos.

vamos fazer. Mas e o profissional? Esse não é pensado. Ele vai ter tempo? Como está a cabeça dele para fazer aquilo? (Lúcia, técnica de enfermagem).

Os profissionais expressaram claramente que os TR foram adicionados às suas rotinas de forma burocrática e com tempo limitado para incorporação. Eles reconheciam a importância desta política para a saúde e, especialmente, da população, porém, entendiam que sua implantação não contemplava a realidade de seus processos de trabalho e a burocracia que os novos procedimentos implicavam na sua rotina. Os profissionais relataram que suas demandas e necessidades não eram incluídas como parte essencial da implementação da política e, com isso, se sentiam desvalorizados.

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

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

Identificamos um trabalho intenso na APS na tentativa de abarcar as novas demandas dessa política, apesar das grandes exigências e restrições enfrentadas pela equipe. Não obstante, as negociações entre a APS, gestores e outros serviços da rede continuavam a carregar certo tom de unilateralidade em que a APS era vista como tendo as maiores fragilidades e que, portanto, precisava se “ajustar”. Outro ponto importante a ser ressaltado foi a visão do/as profissionais da unidade de APS participante sobre o TR ser mais uma tecnologia voltada para a já “rica” política do HIV, como se

rebaixasse a importância dos demais programas ou, no mínimo, se mostrasse desarticulado destes.

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

Entretanto, embora a maneira como alguns procedimentos são incorporados aos processos de trabalho possa ser questionada, seja por causa de sua imposição hierárquica ou limites que são descobertos no caminho, cabe à equipe profissional indicar novos percursos para o cuidado a partir de suas experiências e centrando na atenção ao usuário (Pinheiro, 2009). Sendo assim, o cuidado da saúde dos usuários em sua integralidade pode ser mantido sem que recaia em omissões de manejo.

Em relação às gestantes, percebemos que elas valorizavam a praticidade e rápida obtenção de resultado por meio dos TR, porém, não pareciam reconhecer a importância do procedimento e demonstravam baixa preocupação com a prevenção das IST. Evidenciou-se uma atitude de obediência das gestantes diante das orientações do/as profissionais sobre a realização dos TR e dos demais exames do pré-natal, como nos relatam Rosa e Luiza:

É, eles falaram que iam fazer o teste para ver se tinha algo para eu passar para criança. Ela disse que eu vou fazer de novo nos últimos meses para ver se dá alguma alteração (Luiza, gestante, estudante).

Achei bom que o resultado tira na hora. A gente fica sabendo na hora e o escrito pega depois. Mas ela me explicou. Ela (a enfermeira da unidade) disse que pode ser que depois eu adquira uma doença então eu tenho que fazer outro. Mas que esse resultado (do TR) dava na hora (Rosa, gestante, operadora de caixa).

Como se pode perceber, a inserção do TR na rotina de outros exames e do monitoramento do pré-natal parece ser sentido pelas mulheres, para além de sua praticidade, como algo obrigatório e que deve ser feito para proteger a criança. Para as gestantes, os TR incluíam-se como mais um processo necessário durante a gravidez para “*ver se está tudo certinho com o bebê*” ou para a mãe “*não passar nada para o bebê*”. Em geral, não se

verificavam questionamentos e dúvidas das gestantes, pois as informações eram de ordem estritamente prática e repassadas de modo semelhante para todas. Aparentemente, não eram levadas em consideração a vida afetiva e social de cada uma como, por exemplo, sua relação com os companheiros, trabalho e cuidado de outros filhos, tornando invisível quase tudo o que não fosse diretamente relacionado aos aspectos físicos da gestação. Entende-se que essa abordagem sedimenta para a gestante que a importância do teste é apenas para “*não passar nada para o bebê*” e a saúde da mulher fica subalternizada como foco do cuidado, como será aprofundado na próxima categoria.

Merhy (2004) considera que na área da saúde o objeto não é a cura em si, ou mesmo a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado. É através da produção do cuidado que se atinge a cura e a saúde. No entanto, ao passo que a unidade busca prover os cuidados básicos para o acompanhamento da gestação e não se vê como promotora de mudanças em direção à integralidade da saúde, mas como mera reprodutora de processos, as mulheres gestantes também parecem não se reconhecer como corresponsáveis pelo gerenciamento do seu cuidado.

Em algumas situações, parece haver certa “resistência” exercida por gestantes que não aderem à realização do TR ou mesmo as demais recomendações do pré-natal. Nesses casos, institui-se uma relação que faz com que o/a profissional tenha que cobrar e “ir atrás” desta gestante sempre que faltar as suas consultas e exames do pré-natal.

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

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

Assim, as gestantes – por receberem informações precisas e práticas, mas distantes de sua realidade e que pouco dialogavam com as suas reais possibilidades de executá-las – não usufruíam das potencialidades que a implementação dos TR poderia promover no seu cuidado de saúde ao pensar a prevenção para além da simples detecção. Os TR podem ser uma tecnologia inovadora e que pode agilizar enormemente os processos de cuidado. Porém, é preciso alavancar a centralidade do usuário na produção do cuidado integral e o protagonismo da APS na rede de atenção e, para tanto,

percorremos como a testagem rápida se configura em relação ao cuidado da saúde das mulheres.

Teste rápido e o cuidado da saúde das mulheres: centralidade e descrédito

Este outro eixo analítico envolveu os discursos e práticas expressos pelas gestantes e profissionais a respeito da saúde sexual e reprodutiva das mulheres enquanto mães e gestantes, principal foco das políticas de prevenção da TV. No decorrer do trabalho de campo, observou-se que a presença mais frequente das mulheres no serviço de saúde, seja para as consultas habituais ou para o pré-natal, é algo esperado e encarado como “natural de ser mulher”, pois deveria se cuidar mais do que os homens.

Ao mesmo tempo, a maior frequência na APS e a ênfase das políticas na mulher nem sempre eram garantias de uma atenção adequada e integral da sua saúde sexual e reprodutiva. Atrelada a este cenário estava a pouca participação dos homens nas gestações, aspecto bastante comentado pelos profissionais e gestantes. Isso indica a dimensão articulada do gênero ao produzir, de um lado a centralidade e moralização das ações sobre as mulheres, enfatizando o cuidado do bebê na gestação, e a ausência dos homens no serviço de saúde e a carência de esforços ativos para incluí-los no pré-natal. Evidências e discussões sobre as barreiras para a produção de estratégias de cuidado dos homens na APS corroboram nossos achados e ajudam a entender como o gênero também estrutura processos de fragilização da saúde destes ao reproduzir ideias de invulnerabilidade masculina (Souza *et al.*, 2020).

Porque já tem essa cultura de que o homem não vai ao médico. Eles não se cuidam tanto como a mulher. A mulher já vem desde quando começa a tomar pílula, depois mantém acompanhamento, faz cp todo ano, depois engravida faz o pré-natal, depois faz CP [exame citopatológico] todos os anos e vem com frequência. A mulher se preocupa mais com a saúde do que o homem. Ele já vem quando ele tem alguma doença que ele não está aguentando mais, que ele não está conseguindo trabalhar porque aquilo está incomodando... (Lúcia).

Reforçamos que a temática do cuidado é algo central para pensar o fortalecimento da APS como eixo articulador da rede de saúde no SUS. Se o cuidado já foi pensado como da ordem do individual, nossos tempos só afirmam como tal engano é demonstrado nos serviços de saúde, como nos indica Ayres (2004, p. 27): “Quase sempre que se fala de Cuidado, hu-

manização ou integralidade se faz referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam, ou devem nortear, a relação entre um sujeito, o paciente, e o profissional de saúde que lhe atende”.

Observamos ao longa de nossa pesquisa que a centralidade dos cuidados de saúde nas mulheres parecia encobrir uma concepção comum entre profissionais de saúde em diferentes espaços: a de que algumas mulheres, particularmente as racializadas e pobres, supostamente não teriam capacidade para cuidar ou gerenciar sua própria saúde sexual e reprodutiva (Montiel; López, 2020; Robles, 2015a). E é a partir desse ponto que nos referimos ao descrédito como elemento representativo dos discursos.

A gente vê que elas não estão convencidas que pegaram aquela doença [Sífilis]. [...] Mas ainda acho que elas não sabem a dimensão do problema e do que pode acarretar para o bebê, e que se elas não fizerem o tratamento direito elas vão continuar com a doença, e vão transmitir para mais alguém (Lúcia, técnica de enfermagem).

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

No entanto, para além dos significados técnicos associados às IST, alguns dos quais podem ser, de fato, de mais difícil compreensão pelas mulheres, entende-se que a aparente dificuldade de entendimento destas pode estar muito mais ligada aos significados culturais e estigmas sociais negativos atribuídos a infecções sexualmente transmissíveis e em especial ao HIV. (Azevedo; Guilhem, 2005). Ao estarem embasadas pelas políticas de saúde e obedecendo aos direcionamentos da gestão visando melhorar os índices epidemiológicos de TV da sífilis e do HIV, as equipes se inclinavam a serem “resolutivas”, no sentido eminentemente pragmático e, talvez, deixando de lado outras dimensões importantes para um cuidado integral e, portanto, efetivo. Desta forma, se priorizava que a gestante comparecesse às consultas, exames ou visitas necessárias ao pré-natal. Mas quando, em algum destes momentos, ela não comparecia ou não atendia às expectativas da equipe era como se passasse a ser encarada como alguém irresponsável ou mesmo incapaz de dar seguimento aos cuidados com a sua gestação e com o/a filho/a. A partir daí, eram cercadas pela rede de saúde e os/as profissionais para que estas etapas se cumprissem, sem que as causas que as levaram a manter uma conduta “falha” ou não-aderente fossem consi-

deradas como associadas a uma incapacidade de cuidados. Contudo, para uma relação dialógica entre gestantes e profissionais de saúde devem se criar espaços para a escuta um do outro, o que possibilita que o cuidado se produza na intersubjetividade. Nesse sentido, julga-se de fundamental relevância, na produção sobre o cuidado, a articulação de iniciativas teóricas e práticas que vinculem os cuidados voltados aos indivíduos a aproximações de corte sociossanitário (Ayes, 2002b).

Ao mesmo tempo, ao centrar-se no elemento meramente informativo e ofertando o TR como um dispositivo de aceitação compulsória no pré-natal (Santos *et al.*, 2018), desconsidera-se o contexto social e relacional das mulheres a partir do qual se poderia produzir um cuidado de fato emancipatório e promotor de saúde integral. Assim, ao descrever falhas nas consultas ou não aderência a um exame ou procedimento, os profissionais pareciam confirmar suas expectativas quanto a irresponsabilidade ou baixa capacidade das mulheres para gerenciar o autocuidado:

A gestante vai ficar em função do posto dois anos, porque é o ano da gestação e o primeiro ano de vida do bebê. Se ela não tiver um bom vínculo com a unidade, vai ser um horror vir aqui todos os meses. [...] Puxo a orelha. [...] as minhas pacientes não costumam faltar muito consulta, mas acontece sim. Tem uma e outra que... eu tinha uma gestante uma época, a Eva, ah meu Deus, eu tinha que ir na casa dela quinze minutos antes da consulta buscar. [...] Ela não era responsável com o bebê, um ano indo atrás do bebê. Mas isso é perfil de cada um (Sílvia, ACS).

O contexto em que Eva vivia não era evidenciado, mas sim a sua incapacidade como mãe. Este descrédito reproduzido por profissionais sugere uma cultura naturalizada da sociedade em que o “ser mulher” é identificado com a maternidade e com a reprodução, tanto pelas equipes de saúde quanto para a própria mulher, que tem poucas alternativas de exercer outros papéis e identidades sociais. Acrescenta-se a isso as vivências interseccionadas de raça e classe social, que indicam maternidades mais ou menos credibilizadas e a vivência acentuada de violências e negligências (Montiel; López, 2020). Para Diniz e Guilhem (2008), isso caracteriza uma vulnerabilidade moral da mulher que implica em uma submissão voluntária a uma prática que não necessariamente condiz com o que ela realmente deseja. Obviamente, realizar o acompanhamento pré-natal é de extrema importância. Porém, ao levar em conta apenas os aspectos biomédicos, se desloca para um segundo plano o trabalho orientado para as necessidades da gestante, que tem que cuidar de si e de um bebê, muitas vezes

em contextos territoriais e comunitários marcados por exclusões sociais e materiais. Importa ressaltar que tais contextos de vulnerabilidade são produzidos historicamente por dinâmicas de poder baseadas no gênero, raça/cor, classe social, orientação sexual e outros marcadores, reproduzindo desigualdades estruturais nas relações interpessoais e institucionais que precisam ser abarcadas por uma práxis reflexiva de cuidado em saúde. Endereçar tais aspectos do processo saúde-doença-cuidado é um ponto orientador da construção da política de atenção primária do SUS que tem sido ameaçada desde 2017 com a fragilização do financiamento e dos arranjos assistenciais da Estratégia de Saúde da Família (Mendonça *et al.*, 2023).

Nesse sentido, a desatenção em relação a esses fatores parece estar relacionada ao descrédito em torno da capacidade da mulher em gerir o próprio cuidado e do bebê. Se de um lado a/o profissional não sabe muito sobre esta realidade de vida da gestante, que inclui o seu trabalho, sua situação familiar e financeira, bem como aspectos dos seus relacionamentos; do outro lado, não se preocupa em informar, pois aparenta ter preconcebido que a maternidade traz estas obrigações e que a gestante é quem deve se adaptar.

Azevedo e Guilhem (2005, p. 190), por sua vez, assinala que, durante a gestação na situação de sorodiscordância ou sorologia desconhecida do companheiro “*a mulher vive entre limites que tencionam todo o ser humano: o medo da morte, o medo de perder o amor e o medo de causar mal ao filho*”. Nesse contexto, o cenário conjugal acaba pode gerar fragilidades e situações de desigualdade no autocuidado em saúde para as mulheres vivendo com HIV. Enxergamos este sentido em alguns relatos das gestantes que mesmo sabendo do risco que supostamente correm, veem-se impotentes diante da recusa dos companheiros em se testar. É possível que exigir algo do marido possa implicar em estar desconfiando ou imputando a ele algum comportamento reprovável para a visão deles (traição, homossexualidade, promiscuidade anterior ao relacionamento). Assim, ao aceitar fazer o teste o marido pode estar admitindo esta possibilidade e que esta vai em direção contrária ao seu status de provedor do lar, à sua masculinidade e virilidade.

Seguindo a ideia de vulnerabilidade, Guilhem e Azevedo (2009) apontam que o exercício da maternidade e a adoção do modelo de conjugalidade estável subsidiam um modelo moral de papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres em idade reprodutiva e em relacionamentos fixos (casamento, união estável, monogamia seriada e o namoro prolongado). Assim, elas tornam-se vulneráveis na medida em que, perpassadas por desigualdades de gênero, as relações sociais engendram este papel à mulher. A confiança no companheiro e a sensação de proteção de uma relação estável

foram aspectos da conjugalidade frequentemente presentes nos relatos dos/as profissionais para justificar as dificuldades das mulheres em aderir a estratégias de proteção frente às IST.

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

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

Assim, o cenário conjugal acabava sendo pouco abordado nos atendimentos, apesar de ser importante lócus na geração de fragilidades e situações de desigualdade. Enxergamos este sentido em alguns relatos das gestantes que mesmo sabendo do risco que supostamente corriam, viam-se impotentes diante da recusa do marido em se testar, sem contar com auxílio do serviço. Em especial, duas gestantes entrevistadas demonstraram preocupação com a sorologia do companheiro, mas isso ainda não era suficiente para que se sentissem encorajadas a solicitar a realização do teste. Clarice, uma mulher negra cujo companheiro encontrava-se preso há três meses na época da entrevista, expressava sua preocupação como algo do passado (“*ele era muito galinha*”). As profissionais de saúde informaram que estar preso era como que uma garantia de fidelidade e/ou monogamia para as mulheres, pois seus companheiros estavam “seguros” nesse sentido, o que reforça a vigência do padrão heteronormativo e de masculinidade hegemônica (Connell, 2016) e encobre a produção de vulnerabilidade.

Ao mesmo tempo, a equipe tinha dificuldades em trabalhar para se contrapor a essas normas dominantes e construir novas possibilidades frente às vulnerabilidades de gênero e práticas sexuais. Os relatos apontaram a dificuldade tanto por parte do médico da unidade quanto pelas demais profissionais na abordagem com os homens e com as gestantes. Por exemplo, as agentes de saúde entrevistadas referiram que o diálogo com os

homens era mais difícil, porque havia uma timidez por parte dos homens em falar sobre sua intimidade para as agentes, todas mulheres da comunidade que personificavam os papéis e as dificuldades de diálogo que tinham com suas próprias mulheres. Aos olhos dos trabalhadores, as gestantes e os homens se mostravam tão resistentes a ponto de que não se conseguia contemplar e proporcionar um tratamento de saúde mais qualificado. Do mesmo modo que estes profissionais, em posse dos seus conhecimentos disciplinares, resistiam ao tentar ir de encontro da compreensão do contexto do homem ou da mulher, reforçando a barreira entre equipe de saúde e paciente.

Não ele nunca fez (TR). Ele não vem nem amarrado no posto. Ele é medroso. Diz que só vai se estiver morrendo. Não, nem nunca vai fazer (Neuza, gestante, auxiliar de serviços gerais).

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

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

Frequentemente, e de atores diferentes da rede de saúde, ouviu-se a retórica convocação: “*tem que testar o parceiro*”. Mas esta necessidade acabava se perdendo em meio às demais discussões em torno de cada caso, sendo que não se presenciou nenhuma recomendação específica da política relacionada à testagem e ao aconselhamento dos parceiros, ao contrário das muitas orientações e resoluções em torno da atenção a gestante, parturiente e puérpera. Nesse sentido, novamente, ficava reforçada a ideia de que as equipes de saúde não se identificam como reprodutoras das desigualdades e vulnerabilidades que desejavam combater.

Entende-se ser urgente a constituição de espaços de atenção e relações de cuidado que incluam os diversos cenários, amorosos, culturais, familiares e sociais, em que as vulnerabilidades às IST se apresentam, sob a pena do fracasso programático das políticas de saúde da mulher. Nesse sentido, o movimento de aceitar as desilusões em relação às crenças e valores da moralidade dominante implica em assumir a possibilidade de infidelidade, o caráter eventualmente vazio que o amor assume, a ilusão do ideal conjugal e, conseqüentemente, a possível infecção por IST, o que exige esforço conjunto de profissionais e usuárias (Szlachta-McGinn *et al.*, 2020).

O que nas narrativas foi imediatamente perceptível é o que sistematicamente desejamos explorar: fazer de um encontro terapêutico um espaço para a produção de cuidado (Ayres, 2004). Julgamos imprescindível que o cuidado produzido esteja na articulação entre as posições de trabalhadores da saúde e usuárias. Assim, deixamos a provocação para podermos pensar no cuidado em sua integralidade, localizando as mulheres enquanto capazes e responsáveis por si e pelos filhos, a partir do seu ponto de vista e lugar social e que, diante de dificuldades, se busque (co)construir condições de autonomia apoiada a partir de um cuidado partilhado.

Considerações finais

Este artigo buscou compreender como o TR foi utilizado no acompanhamento pré-natal de gestantes usuárias de unidades de APS em Porto Alegre, a partir das perspectivas das usuárias, assim como dos profissionais de uma rede de atenção primária na cidade de Porto Alegre. Procurou-se também investigar como a implementação dessa política era perpassada pelas relações entre profissionais e usuárias do serviço para entender como essa tecnologia refletia tanto para as gestantes, quanto para os profissionais que as acompanhavam no que diz respeito ao cuidado integral da saúde das gestantes que faziam pré-natal naquela unidade.

De modo geral, o cenário de implementação dos TR se mostrou favorável, pois tanto usuárias quanto profissionais os entendiam como uma importante ferramenta na APS e que precisavam ser obrigatoriamente realizados durante o pré-natal, desde a primeira consulta e sendo repetidos a cada três meses.

Todavia, a implementação do TR no dia a dia da APS e, muitas vezes, em outros espaços da rede de saúde, como as maternidades, tendia a ser mais uma tecnologia em saúde, o que marcou seu caráter burocrático para além da ideia de cuidado reproduzida pelos participantes da pesquisa. Foram identificados poucos espaços para reflexões sobre a reprodução de práticas burocratizadas e que pouco dialogavam com a realidade das usuárias no sentido de potencializar a integralidade do cuidado e a promoção da saúde sexual e reprodutiva. Assim, a corresponsabilização entre usuárias e profissionais, entre profissionais de diferentes serviços e com a gestão na construção de redes de cuidado humanizadas e resolutivas ainda permanece um desafio.

A centralidade do cuidado e, portanto, do controle do corpo da mulher e dos aspectos reprodutivos, ficou patente no trabalho da APS e da rede de atenção, sendo que os TR se somam a programas de saúde e políti-

cas públicas já existentes nesta área e que permanecem tendo dificuldades de atuar na redução das desigualdades sociais e de gênero e na produção da autonomia. Desse modo, os TR eram encarados pelas gestantes também como exames a mais a serem compulsoriamente realizados dentre tantos outros do pré-natal (Jahangiry; Aliyari; Ponnet, 2021). Ao mesmo tempo, a capacidade da mulher de tomar decisões e agir em benefício do autocuidado e dos/as filhos/as vivencia descrédito, o que acaba por reforçar ainda mais a necessidade de controle sobre o seu corpo pelas equipes de saúde.

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

Apoiados nos relatos e nas observações deste estudo, podemos nos permitir enxergar as nossas fragilidades enquanto atores, sejamos gestores, profissionais ou usuáries/os, que formam parte de um processo tão amplo no combate à TV. Acredita-se que a busca pelo diálogo interpessoal baseado na autorreflexão e na corresponsabilidade, ao longo de toda a hierarquização que existe no sistema de saúde, poderá contribuir amplamente para a melhoria das estratégias de saúde e da vida das pessoas, promovendo um cuidado integral, além de bem-estar nas vidas dessas gestantes e também dos profissionais responsáveis por seu cuidado.

Referências

- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Práticas educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, v. 6, n. 11, p. 11-24, 2002a.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. *Do Processo de Trabalho em Saúde à Dialógica do Cuidado: repensando Conceitos e Práticas em Saúde Coletiva*. 2002. 179 f. Tese (Livre-docência em Saúde Coletiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002b.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

- AZEVEDO, Anamaria; GUILHEM, Dirce. A vulnerabilidade da gestante na situação conjugal de sorodiferença para o HIV/Aids. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, v. 17, n. 3, p. 189-196, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids – 2021*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. *Boletim Epidemiológico Saúde da População Negra – Número Especial*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023.
- BELLENZANI, Renata. Promoção às DST/HIV e promoção da saúde sexual: como os direitos sexuais e reprodutivos podem orientar a estratégia da Saúde da Família? In: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (org.), *Vulnerabilidade e Direitos Humanos: Prevenção e Promoção da Saúde – Livro II – Entre indivíduos e comunidade*. Curitiba: Juruá, 2013. p. 241-275.
- BELLENZANI, Renata; SANTOS, Alessandro de Oliveira; PAIVA, Vera. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. *Saúde e Sociedade*, n. 21, v. 3, p. 637-650, 2012.
- CARNEIRO, Ana Jaqueline Santiago; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade do cuidado na testagem anti-HIV: o olhar das mulheres. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 66, p. 887-892, 2013.
- CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira, ANDREAZZA, Rosemarie; CARAPINHEIRO, Graça; ARAÚJO, Eliane Cardoso; OLIVEIRA, Lissandra Andion de; ANDRADE, Maira da Graça Garcia; MENESES, Consuelo Sampaio, PINTO, Nicanor Rodrigues da Silva; REIS, Denize Oliveira; SANTIAGO, Silvia; SOUZA, Ana Lucia Medeiros de; SPEDO, Sandra Maria. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 11, p. 2893-2902, 2012.
- CONNELL, Raewyn. *Gênero em termos reais*. São Paulo: nVersos, 2016.
- CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na Atenção Básica*. São Paulo: Hucitec, 2010.
- DINIZ, Débora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista na América Latina: a contribuição das mulheres. *Revista Estudos Feministas*, v. 16, n. 2, p. 599-612, 2008.

- DINIZ, Debora; GUILHEM, Dirce. Bioética feminista: o resgate político do conceito de vulnerabilidade. *Bioética*, v. 7, n. 2, p. 181-188, jul./dez. 1999. Disponível em: https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/310. Acesso em: 30 mar. 2024.
- FLICK, Uwe. *Uma introdução à pesquisa qualitativa*. Porto Alegre: Art-med, 2009.
- FOUCAULT, Michel. *História da Sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Graal, 1988/1999.
- GUILHEM, Dirce. *Escravas do risco: bioética, mulheres e Aids*. Brasília: Editora da UnB; Finatec, 2005.
- GUILHEM, Dirce; AZEVEDO, Anamaria. Bioética e gênero: moralidades e vulnerabilidade feminina no contexto da aids. *Revista Bioética*, v. 16, n. 2, p. 229-240, 2009.
- IÑIGUEZ, Lupicinio. *Manual de análise do discurso em ciências sociais*. Petrópolis: Vozes, 2004.
- JAHANGIRY, Leila; ALIYARI, Zahra; PONNET, Koen. A Study on the Knowledge, Attitudes, and Behaviors of Pregnant Women Regarding HIV and Routine Rapid Testing: An Assessment in a High-Risk Marginal Area. *Healthcare*, v. 9, n. 7, p. 793-802, 2021.
- MAINGUENEAU, Dominique. *Termos-chave da análise do discurso*. Tradução de Márcio V. Barbosa e Maria E. A. T. Lima. Belo Horizonte: UFMG, 1998.
- MELO, Matheus Santos; LEMOS, Lígia Mara Dolce de; SOUSA, Clara Santana; SOUZA, Katyucia Oliveira Crispim de; SANTOS, Allan Dantas dos; BARREIRO, Maria do Socorro Claudino; FREITAS, Carla Kalline Alves Cartaxo; RODRIGUES, Iellen Dantas Campos Verdes. Teste rápido para o hiv durante o pré-natal. *Revista de enfermagem UFPE Online*, v. 15, e246179, 2021.
- MENDONÇA, Fernanda de Freitas; LIMA, Luciana Dias; PEREIRA, Adelyne Maria Mendes; MARTINS, Carolina Pagani. As mudanças na política de atenção primária e a (in)sustentabilidade da Estratégia Saúde da Família. *Saúde em Debate*, v. 47, n. 137, p. 13-30, 2023.
- MERHY, Emerson Elias. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver – SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

- MEYER, Dagmar Estermann. Uma politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Gênero*, v. 6, n.1, p. 81-104, 2005.
- MONTIEL, Carolina Pereira; LÓPEZ, Laura Cecilia. Trajetórias reprodutivas femininas e produção do cuidado em saúde orientado às gestantes na cidade de São Leopoldo/RS: um olhar interseccional. *Gênero*, v. 20, n. 2, p. 300-322, 2020.
- MORALES, Alfonzo Ursúa; BARREDA, Patricia Zúñiga. Vulnerabilidade ao HIV em mulheres em risco social. *Revista de Saúde Pública*, v. 42, n. 5, p. 822-829, 2008.
- PINHEIRO, Rosane. Integralidade em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. Diretoria de Vigilância em Saúde. Equipe de Vigilância das Doenças Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico* 82. Porto Alegre: Secretaria Municipal de Saúde, fev. 2022.
- RIBAS, Ethel de Almeida. *Teste rápido para detecção de HIV na atenção primária: a perspectiva de profissionais e gestantes durante o pré-natal em Porto Alegre*. 2015. 123 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2015. Disponível em: <http://repositorio.jesuita.org.br/handle/UNISINOS/10194>. Acesso em: 30 mar. 2024.
- ROBLES, Alfonsina. Regulações do corpo e da parentalidade durante o pré-natal em mulheres jovens de camadas populares. *Civitas*, v. 15, n. 2, p. 190-213, 2015a.
- ROBLES, Alfonsina. Da gravidez de “risco” às “maternidades de risco”. Biopolítica e regulações sanitárias nas experiências de mulheres de camadas populares de Recife. *Physis*, v. 25, n. 1, p. 139-169, 2015b.
- SANTOS, Rejane Rosalia Grecco; FREIRE, Isadora; PIZZINATO, Adolfo; ROCHA, Katia Bones. Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. *Psicologia e Saúde*, v. 10, n. 3, p. 17-29, dez. 2018.
- SILVA, José Augusto de Souza; VAL, Luciane Ferreira do; NICHATA, Lucia Yasuko Izumi. A estratégia saúde da família e a vulnerabilidade programática na atenção ao HIV/Aids: uma revisão da literatura. *O Mundo da Saúde*, v. 34, n. 1, p. 103-108, 2010.

- SILVEIRA, Anna Carolina Titttoni; BONES, Katia Rocha. *Avaliação da implantação dos testes rápidos de HIV na atenção primária à saúde, a partir da percepção de matriciadores, profissionais da atenção primária à saúde e usuários*. 2013. Trabalho apresentado ao XXV Salão de Iniciação Científica UFRGS, Porto Alegre, 2013. Disponível em: https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/92508/Poster_31442.pdf?sequence=2. Acesso em: 10 nov. 2014.
- SOUZA, Luís Paulo Souza e; OLIVEIRA, Pollyana Mota; RUAS, Sélen Jaqueline Souza; FONSECA, Adélia Dayane Guimarães; SILVA, Carla Silvana de Oliveira. A saúde do homem e atenção primária à saúde: revisão integrativa. *Revista de APS*, v. 23, n. 3, p. 686-705, 2020.
- SZLACHTA-MCGINN, Alec; ASERLIND, Alexandra; DUTHELU, Lunthita; OLDAK, Sean; BRABIWALA, Ruchi; MONTGOMERIE, Emily; POTTER, JoNell. *HIV Screening During Pregnancy in a USA HIV Epicenter*. Miami, FL, EUA: University of Miami Miller School of Medicine, 2020.
- VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth. *Pesquisa qualitativa em saúde*. Porto Alegre: Tomo, 2000.
- ZAKABI, Denise. *Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na Atenção Básica: a perspectiva dos profissionais de saúde*. 2012. 129 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.
- ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. *Polis e Psique*, v. 2, n. 1, p. 132-158, 2012.
- ZAMBENEDETTI, Gustavo; BOTH, Nalu. “A via que facilita é a mesma que dificulta”: estigma e atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. *Fractal: Revista de Psicologia*, v. 25, n. 1, p. 41-58, 2013.
- ZAMBENEDETTI, Gustavo, SILVA, Rosane Neves. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. *Estudos de Psicologia*, Natal/RN, v. 20, n. 4, p. 229-240, out./dez. 2015.
- YIN, Robert. *Estudo de Caso: Planejamento e Métodos*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.