

TRABALHO E PRODUÇÃO DE CUIDADO NA PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV/ AIDS NA REDE DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE¹

Tonantzin Ribeiro Gonçalves²

Lisiane Morelia Weide Acosta³

Gabriela Tavares⁴

Introdução

O cenário epidemiológico da cidade de Porto Alegre/RS é preocupante considerando as altas taxas de detecção do HIV/aids na população em geral e a liderança no ranking de capitais brasileiras há mais de dez anos (Brasil, 2018). Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de detecção do HIV em gestantes foi de 2,8 casos/1.000 nascidos vivos (NV), em 2017, no Brasil e de 9,5 casos/1.000 NV, no estado do Rio Grande do Sul. Em Porto Alegre, a taxa foi 7,6 vezes maior que a nacional e 2,2 vezes maior que a do estado, com 21 gestantes HIV/1.000 NV (Brasil, 2018).

-
- 1 O presente trabalho é parte do projeto *Biopolíticas e desafios éticos da gestão da prevenção do HIV entre crianças na Rede de atenção à saúde: o caso do Comitê da Transmissão Vertical de Porto Alegre/RS*, coordenado pela profa. Tonantzin Ribeiro Gonçalves junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos e que contou com a colaboração da servidora da Prefeitura Municipal da Saúde de Porto Alegre, Lisiane Morelia Weide Acosta. Como parte de sua atuação no projeto, a graduanda e bolsista de Iniciação Científica Gabriela Tavares, desenvolveu seu Trabalho de Conclusão de Curso em Psicologia (2022), o qual também compõe esse capítulo. A Gabriela recebeu bolsa de Iniciação Científica do CNPq durante o projeto de pesquisa e a Tonantzin recebeu bolsa produtividade do CNPq.
 - 2 Psicóloga, Doutora em Psicologia, professora na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre e colíder do LabIES. tonantzin@ufcspa.edu.br
 - 3 Enfermeira aposentada da Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis – Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, Mestre em Epidemiologia, Doutora em Saúde Coletiva, Supervisora de dados de Projeto de Pesquisa pela Aids Health Foundation (AHF). acostalisiane@gmail.com
 - 4 Graduanda em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos, gabrielatavaresgt2011@hotmail.com

Contudo, a taxa da transmissão vertical (TV) do HIV vem diminuindo desde 2013, e a taxa em 2016, encerrada em 2018, é de 2,4% (Acosta; Monteiro, 2019). Entretanto, a mesma tendência não ocorre para os casos de Sífilis Congênita, cuja meta de eliminação é de 0,5 casos/1.000 NV e Porto Alegre teve, em 2018, 26 casos/1.000 NV conforme a nova definição de caso que exclui parceiro não tratado, e de 30 casos/1.000 NV considerando-se o critério anterior (Acosta; Monteiro, 2019).

A partir de 2010, ocorreram modificações estruturais com ações e investimentos para diagnóstico e tratamento precoce do HIV/aids na cidade (Egres, 2015). No Plano Plurianual de Porto Alegre e no Plano Municipal de Saúde 2010-2013, a descentralização da testagem para toda a atenção primária em saúde (APS) objetivava facilitar o acesso ao diagnóstico e ao atendimento, tendo como meta a redução equânime da TV do HIV para < 2% até 2013 (Egres, 2015). Em março de 2012 se instituiu a descentralização para a rede de APS e na assistência de pré-natal (Porto Alegre, 2012). Realizaram-se capacitações das equipes em todos os níveis, desde serviços de APS, pronto-atendimentos e especialidades, na implantação do teste rápido para o HIV, Sífilis e Hepatites Virais, além do teste rápido de gravidez. Tais iniciativas envolveram também ações de monitoramento e articulação da rede de saúde, destacando-se a criação, em 2013, do Comitê para enfrentamento da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis Congênita de Porto Alegre (CTVHIVS) (Porto Alegre, 2013).

O CTVHIVS objetiva produzir uma maior articulação da rede, visando a discussão e a construção conjunta de soluções em reuniões mensais, com a participação de representantes de todos os níveis da assistência em saúde, gestão, vigilância, assistência social, associações e órgãos de classe (Porto Alegre, 2013). Na tentativa de mobilizar toda a rede de saúde no desenvolvimento e aplicação de estratégias e normativas para diminuir as taxas de TV do HIV e de Sífilis nos diferentes pontos de atenção, o CTVHIVS foi planejado para atuar em conjunto com outras ações de detecção precoce do HIV e Sífilis implementadas pela administração do município, como o reforço da notificação laboratorial do HIV em gestantes; a busca ativa de gestantes visando um pré-natal adequado (Porto Alegre, 2013) e, principalmente, a implantação do teste rápido para HIV em todas as unidades de Atenção Primária à Saúde (APS), uma ação mais abrangente que acarretou um impacto mais direto nas práticas da rede de saúde. Até então, a testagem anti-HIV era solicitada por profissionais da APS apenas por meio da solicitação de exames laboratoriais na rede conveniada ou dos próprios usuários/as para os Centros de Testagem e Aconselhamento, gerando uma morosidade e a inefetividade na realização do diagnóstico.

Num cenário de altas prevalências de HIV e Sífilis e TV, esta é uma experiência pioneira no Brasil. Assim, a presente pesquisa buscou investigar o trabalho e a produção de cuidado na rede de atenção à saúde quanto a prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, a partir da experiência do CTVHIVS em Porto Alegre/RS. Considera-se importante problematizar as ações e políticas a partir do enfoque da equidade e da promoção da saúde, tendo em vista a vulnerabilidade programática da própria rede de saúde relacionada a precarização das relações de trabalho, ao subfinanciamento do sistema de saúde e a baixa de prioridade da APS.

Nessa perspectiva, o cuidado em saúde é um trabalho complexo que abrange mais do que procedimentos e conhecimentos técnicos, sendo necessária a articulação de diferentes olhares para a produção de um plano de controle sob os riscos de adoecer ou agravar o problema do paciente, buscando elevar seu grau de autonomia (Merhy, 2004). Por isso, o cuidado é aqui entendido como a capacidade do profissional de saúde de acolher e desenvolver vínculos com os usuários, tendo consciência de que existe uma produção de expectativas e intenções não somente da sua parte, mas também do que é produzido e desejado no usuário. Contudo, cotidianamente, predomina nos serviços uma ótica biomédica e neoliberal que desconsidera a dimensão cuidadora tomando o outro como irrelevante, individualizado e biologicamente determinado (Merhy, 2004).

Os modelos assistenciais sanitaria e biomédico, ainda hegemônicos nos serviços de saúde, resultam em várias insuficiências diante as demandas complexas de saúde que permeiam a população brasileira e a política do Sistema Único de Saúde (SUS) (Fertonani *et al.*, 2015). Tais modelos hegemônicos são extremamente centrados na enfermidade e não na pessoa. A lógica vigente limita a atuação profissional ao não dialogar com a população e o território, dificultando o processo de pensar de modo ampliado em novas possibilidades de intervir em situações de saúde. Assim, há uma necessidade de humanizar os modelos de trabalhos para que se aproxime dos sujeitos e suas realidades, levando em conta necessidades percebidas pelos usuários a fim de tornar a promoção da saúde também uma prática comprometida com o social (Oliveira; Casanova, 2009). Com isso, o cuidado precisa fundamentar-se na interdisciplinaridade e na ampliação das noções de território, em que este passe a ser visto como social e político, e não somente geográfico, sendo utilizado, também, como um meio de desenvolver o vínculo entre população e serviços de saúde (Oliveira; Casanova, 2009). A vigilância em saúde, nesse cenário, se coloca como uma alternativa a vigilância epidemiológica como forma de pensar a ação integral e ampliada e não somente visando as doenças e agravos (Teixeira; Vilasboas, 2014).

Entretanto, o cenário das políticas públicas no Brasil vem passando por um visível desmonte, em que as estruturas que já eram precarizadas estão se mostrando cada vez mais insuficientes, onde há falta de material para o trabalho, juntamente com a precarização da rede de serviços que não consegue dar suporte para as demandas e encaminhamentos pensados pelos profissionais, que se sentem desvalorizados profissionalmente e recebem pouca remuneração (Macedo; Dimenstein, 2012). Os modos de trabalhos fragmentados e burocratizados que não levam em conta a dimensão social dos sujeitos e territórios, naquilo que diz respeito às necessidades em saúde, aparecem como fatores que contribuem para essa precarização do setor público e inviabiliza um processo de mudança (Macedo; Dimenstein, 2012). Apesar disso, é preciso pensar na construção de processos que permitam a produção da saúde em uma dimensão cuidadora, valorizando o sujeito e as relações intersubjetivas.

A esse cenário se somam as problemáticas relacionais de gênero, principalmente quando se discute o trabalho em saúde pensado para mulheres. Desse modo, se utilizou da perspectiva relacional de gênero (Connell, 2016) para pensar a produção de cuidado, entendendo que raça, classe, entre outras dinâmicas, fazem parte de um funcionamento social complexo que influenciam na construção de feminilidades e masculinidades. No âmbito da prevenção do HIV/aids, a categoria do gênero já está presente na operacionalização de diversas políticas públicas brasileiras quando se discute a eliminação das desigualdades. Entretanto, há presente um discurso muito forte de priorizar o controle dos corpos das mulheres, especialmente quando se trata dos aspectos reprodutivos (Pires; Meyer, 2019). O foco de trabalho das políticas recai nas mulheres em idade reprodutiva, gestantes e parturientes, responsabilizando-as e individualizando as ações nelas, o que acaba por reforçar estereótipos de gênero que distanciam a busca pelo empoderamento e autonomia sexual e reprodutiva feminina, já que não existe interesse em tratar a saúde das mulheres de modo integral.

Dentro do cenário do HIV/aids, gestantes infectadas são lidas como “alto risco” e submetidas a uma série de procedimentos e acompanhamento regular durante o pré-natal, parto e puerpério, sendo que, em muitos casos, as decisões acerca dos procedimentos para a profilaxia estão fora do seu conhecimento e/ou controle. Obviamente o acompanhamento e o tratamento são indispensáveis para situações envolvendo o risco de TV, entretanto, problematiza-se o modo como eles são oferecidos a essa população, visto que a classe social e as relações racializadas já precarizam a experiência da maternidade dessas mulheres, principalmente quando levado em conta a estigmatização social que envolve o vírus e a sua incurabilidade. A situação de epidemia generalizada do HIV/aids vivido no Rio Grande

do Sul causa um sentimento de urgência quanto ao trabalho envolvendo a prevenção da TV. Porém, isso pode resultar em uma série de ações e estratégias que visam dar prioridade para salvar do bebê do vírus (Bellotto *et al.*, 2019), o que tira espaço para pensar a integralidade e equidade, além da possibilidade de pensar um cuidado longitudinal que proporcione a autonomia e o empoderamento dessas mulheres.

Percurso metodológico

O estudo, de caráter qualitativo e exploratório, focalizou o trabalho do CTVHIVS e a produção de cuidado na rede de atenção à saúde quanto a prevenção da transmissão vertical do HIV/Aids, a partir da experiência do Comitê da TV em Porto Alegre/RS. Entende-se que os comportamentos e as relações humanas só podem ser entendidos com referência ao contexto social em que acontecem (Victora *et al.*, 2000). Portanto, buscou-se uma aproximação intensiva do contexto investigado, empregando observação participante, entrevistas em profundidade e pesquisas documentais.

A pesquisa de campo foi conduzida em 2017 pela primeira autora, que já participava informalmente das reuniões do CTVHIVS desde 2013. Além da observação das reuniões de 2017 conduzidas pelas autoras, foram realizadas entrevistas com quatorze profissionais de saúde contemplando diferentes níveis de atenção, locais e atuações (ver Tabela 1). As entrevistas duravam cerca de uma hora, foram gravadas em áudio e transcritas. Durante a pesquisa foi mantido um diário de campo.

O presente estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética da Universidade Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (CAAE: 62716416.5.0000.5344) e pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (CAAE: 62716416.5.3001.5338). Todos os entrevistados assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido.

Tabela 1 – Descrição geral dos profissionais entrevistados (n=14).

Entrevistados	Profissão	Atuação/local
P1	Enfermeira	Gestão municipal – Política de IST/HIV
P2	Psicóloga	Gestão municipal – Política de Saúde da Mulher
P3	Sanitarista	Gestão municipal – Vigilância epidemiológica
P4	Enfermeira	Coordenadora de APS-UBS/ESF
P5	Agente de Saúde	Agente Comunitária de APS-UBS/ESF
P6	Agente de endemias	Agente de endemias de APS-UBS/ESF
P7	Enfermeiro	Coordenadora de APS-ESF
P8	Enfermeira	Coordenadora de APS-UBS
P9	Enfermeira	Consultório na Rua
P10	Médica	Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids (SAE)
P11	Assistente Social	Hospital Maternidade
P12	Agente de Saúde	Agente Comunitária de APS-ESF
P13	Agente de Saúde	Agente Comunitária de APS-ESF
P14	Agente de Saúde	Agente Comunitária de APS-ESF

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os dados sobre o perfil e encaminhamentos dos casos apresentados no CTVHIVS entre 2013 e 2017 foram levantados a partir das atas de registro das reuniões. Também foram acessados documentos como portarias e resoluções técnicas publicadas pela prefeitura sobre as ações desencadeadas pelo CTVHIVS. Os dados das entrevistas, documentos e do diário de campo foram analisados por meio da análise temática (Minayo, 2012), buscando descrever as perspectivas dos profissionais de saúde quanto ao funcionamento da rede de atenção à saúde e a produção de cuidado visando a prevenção da TV. Procurou-se analisar como eram pensadas as estratégias de cuidado considerando as vulnerabilidades vividas pelas mulheres com diagnóstico para HIV.

A seguir, se descreve o funcionamento do CTVHIVS e o perfil geral dos casos acompanhados. Em seguida, se apresenta e discute os dois eixos temáticos construídos para responder a questão de pesquisa, após sucessivas leituras do material: “Encruzilhadas da rede na prevenção da TV: é possível superar a ótica do controle e da insuficiência em direção a uma prática solidária?” e “‘Padecer de risco’ e ‘morrer’ na rede: a (im)produção de cuidado para a mulher vivendo com HIV no contexto da TV”.

Resultados e Discussão

Contextualização, funcionamento do CTVHIVS e perfil dos casos acompanhados

Porto Alegre é a capital do estado do RS, possui 1.409.351 habitantes e tem toda sua área coberta 141 unidades de saúde, organizadas em oito gerências. Os territórios e suas gerências são amplamente heterogêneos quanto à população, tamanho e indicadores de saúde. O município possui gestão central de saúde, que contempla as políticas públicas e a vigilância em saúde onde insere-se a vigilância epidemiológica. Há oito maternidades e quatro Serviços de Atenção Especializada em HIV/aids (SAE).

Os encontros do CTVHIVS são mensais, com duração em torno de duas horas, quando discute-se, pelo menos: um caso de TV do HIV; um caso de não uso de antirretroviral no parto; um caso de Sífilis Congênita e um caso de risco acrescido de TV no pré-natal. Os casos de gestantes com risco acrescido passaram a ser discutidos em 2014. A definição de risco acrescido desenvolveu-se em um projeto piloto de 2010 em Porto Alegre que objetivava integrar a vigilância epidemiológica e a APS priorizando os casos de gestante HIV e crianças expostas. Contemplam-se as seguintes situações: 1) Terceira gestação sendo uma ou mais sem pré-natal e uma ou mais crianças sem informação sobre desfecho da exposição; 2) Segunda gestação sem pré-natal; 3) Alto risco de falha na adesão ao pré-natal e aos antirretrovirais por questões psicológicas e/ou sociais (i.e., estar em situação de violência e/ou morando na rua ou em condições precárias), história de parto domiciliar e/ou problemas com o uso de drogas.

Todas as coordenações de saúde, gerências, maternidades e vigilância são representadas nas reuniões. Os casos discutidos geralmente são selecionados pelos profissionais da vigilância e da política de IST/HIV, mas também podem ser sugeridos pelos serviços. Profissionais da unidade de APS responsável pelo território de residência do caso são convidados para as reuniões, além do SAE de referência para que se reconstrua o percurso terapêutico da mulher e da criança e para pactuar estratégias de assistência às famílias. Entre agosto de 2013 e dezembro de 2017 ocorreram 44 reuniões do CTVHIVS. Excetuando os anos de 2013 e 2015, quando ocorreram cinco e nove reuniões respectivamente, aconteceram 10 reuniões anuais entre março e dezembro.

Foram discutidos 106 casos no período, sendo a maioria referente a situações de risco acrescido de TV do HIV/Sífilis Congênita no pré-natal ou de perda de seguimento da criança exposta, que se tornaram as mais frequentes nas apresentações, grande parte envolvendo mulheres em situação de rua (Tabela 2). Muitos casos eram de não uso de antirretroviral no

parto, seguidos de casos de Sífilis Congênita e de TV do HIV (2 por amamentação). Em torno de 17 casos representavam situações de coinfeção materna HIV e Sífilis. Outros 7 casos envolviam coinfeção materna por HIV e tuberculose e outro por toxoplasmose.

Tabela 2 – Distribuição de categorias dos casos discutidos nas reuniões do CTVHIVS no período de 2013 a 2017 (n=106).

Ano	Casos de TV do HIV n(%)	Caso de não uso de antirretroviral no parto n(%)	Caso de Sífilis Congênita n(%)	Caso de Risco Acrescido no pré-natal e/ou para a criança exposta ao HIV n(%)	Total n(%)
2013*	2(20)	3(30)	3(30)	2(20)	10(9,4)
2014	6(20,7)	8(27,6)	7(24,1)	8(27,6)	29(27,4)
2015**	2(11,7)	4(23,5)	4(23,5)	6(35,3)	17(16,1)
2016	5(22,7)	5(22,7)	4(18,2)	8(36,4)	22(20,7)
2017	3(10,7)	4(14,2)	4(14,2)	17(68,0)	28(26,4)
Total n(%)	18(16,9)	24(22,6)	22(20,7)	41(38,6)	106(100)

* Iniciou em agosto de 2013;

**2015 teve uma reunião a menos e houve um caso de sucesso de vínculo.

Fonte: elaborada pelas autoras.

Sobre as características sociodemográficas, as mulheres vivendo com HIV (MVHIV) tinham entre 17 e 43 anos (M=27,8 anos), a maioria era negra ou parda (n=60; 56,6%) e tinha até 8 anos de escolaridade (n=52; 49,0%). Porém, houve muitos dados ignorados (8,55% – raça/cor; 14,1% – escolaridade). Várias situações de vulnerabilidade vivenciadas pelas MVHIV foram relatadas tais como: filhos infectados pelo HIV (n=35) ou com Sífilis Congênita (n=17), filhos abrigados (n=17), situação de rua (n=24), história de feto morto (n=10), violência doméstica (n=7) e diagnóstico de doença mental (n=11).

Dentre os casos, 30,2% resultaram na não-infecção da criança, 20,7% foram infectadas e o restante aguardava o diagnóstico ou o dado não foi informado. Foram relatados três casos que resultaram na morte da mulher e um deles também na morte da criança infectada. Embora, o CTVHIVS tenha promovido avanços na oferta de contraceptivos para as MVHIV na rede de saúde, informações sobre o seu tratamento de saúde, métodos contraceptivos adotados e/ou recomendados, além da situação de seus parceiros foram pouco relatados nas atas das reuniões, dificultando a descrição do desfecho individual dos casos. Relataram-se informações sobre o método contraceptivo usado após o parto em 23 casos, sobre o

seguimento (n=26) ou não (n=17) do tratamento pela mulher e sobre o uso de drogas de 7 parceiros.

Encruzilhadas da rede na prevenção da TV: é possível superar a ótica do controle e da insuficiência em direção a uma prática solidária?

A presente categoria discute os desafios e possibilidades do trabalho da rede na prevenção da TV a partir do dispositivo do Comitê e da perspectiva dos profissionais atuantes desse processo. Ao longo da pesquisa, foi possível identificar desafios ao trabalho do CTVHIVS tanto de ordem administrativo-organizativo quanto nos processos de trabalho. No sentido organizacional, as dificuldades de comunicação e acesso à informação entre os diferentes níveis de atenção geravam problemas para qualificar os acompanhamentos. Vários entrevistados mencionaram a necessidade de uma maior interligação entre os sistemas de informação dos diferentes serviços:

Uma importante contribuição seria um prontuário online. Seria principal, porque a rede muitas vezes não se comunica, então a gente não tem acesso lá no SAE, a criança, o que que está fazendo, a mãe, a medicação que está usando, se está aderindo, se está indo, se está faltosa, onde é que está sendo atendido (P7).

Os trabalhadores da APS, especificamente, se sentiam sem respostas ou dados necessários ao mesmo tempo em que eram cobrados pela vigilância para registrar e, portanto, produzir dados. Além disso, desconfiavam que esse trabalho diário de registro resultasse em políticas que, de fato seriam aplicadas para a melhoria do funcionamento dos serviços. Ainda, alguns entrevistados da APS, destacaram a precarização do trabalho evidenciada nas demissões e/ou rápida passagem dos profissionais pelos serviços e como isso prejudicava o andamento do trabalho em rede, já que se perdiam profissionais de referência e distanciava os serviços em alguns casos. Os interlocutores salientaram o baixo investimento das políticas em ações de promoção da saúde sexual e reprodutiva e de prevenção primária do HIV/Sífilis, pontuando a falta de insumos, material informativo, campanhas e capacitação dos profissionais da APS: “Tem essa falha [...] de material de divulgação. Até mesmo camisinha às vezes falta aqui, fica meses sem vim” (P6); “Não tem capacitação. Nós falamos para população o que a gente mais ou menos aprendeu na vida” (P5).

A partir disso, é importante discutir a dualidade do papel da APS na gestão da prevenção da TV pois, se por um lado deviam contribuir com a vigilância (saber dos casos do território, fazer busca ativa, ter retorno sobre as notificações, entre outros exemplos), por outro, precisavam estabelecer e manter vínculos com os usuários para um cuidado longitudinal e integral. Alguns entrevistados percebiam certa resistência dos trabalhadores da APS em fazer o monitoramento nos casos envolvendo gestantes vivendo com HIV ou sífilis, pois ao serem encaminhadas para os serviços especializados entendiam que não estariam mais sob sua responsabilidade. Os profissionais destacaram também a baixa articulação das ações e de corresponsabilização entre os serviços como um entrave para a prevenção da TV: *“Chega aqui e dá positivo o teste rápido, aí a gente marca a consulta com o clínico, daí vai encaminhar para o infectologista. Só que depois dali a gente não sabe se realmente a pessoa está fazendo tratamento”* (P5).

A falta de agentes comunitários em alguns territórios dificultava a busca ativa e o engajamento da APS no acompanhamento dos casos, especialmente em comunidades com grande vulnerabilidade social, o que é exemplificado no trecho a seguir:

A gente faz (visita domiciliar) quando é solicitado, quando a gente vê que a coisa é séria, tá gritante, a gente não consegue fazer o que a gente gostaria [...] a gente vai, notifica, entrega os exames, aquela coisa, mas a gente não consegue ficar monitorando como a gente gostaria, isso a gente não consegue (P8).

Os profissionais ratificaram as múltiplas vulnerabilidades enfrentadas pelas famílias nos territórios, sendo recorrente a pobreza e relação com uso e/ou comércio ilegal de drogas, questões que acabavam por impactar no cuidado em saúde nos territórios. Em algumas situações, era negado o acesso da equipe de saúde à comunidade, trazendo mais uma dificuldade para o monitoramento dos casos: *“Justamente os casos que vem para monitoramento são em regiões bem complicadas, então também têm a dificuldade do acesso, se a gente pode entrar, se não pode”* (P8). Particularmente, a atuação do Conselho Tutelar (CT), em muitos momentos, aparecia como um fator negativo na construção de vínculos. As ações pontuais e a parceria com os serviços de saúde eram pontos difíceis em casos complexos, já que a postura mais policaresca adotada pelo CT acabava por contaminar a visão que os usuários podiam ter sob as equipes, quebrando a confiança.

O conselho tutelar é muito... chega a ser ruim a experiência que eu tive com eles, é muito ruim. Teve um caso de uma criança que era de um pai e outro era de outro, então o que era dele ele tratava muito bem, e o outro tinha maus tratos, e uma criança foi internada no hospital e aí de lá mandaram a notificação para unidade averiguar. [Fizeram] o encaminhamento para o Conselho, o próprio hospital acionou o conselho também, e aí o conselheiro veio aqui, pediu que eu fosse acompanhar na casa pra saber direitinho onde era, eu cheguei lá e ele notificou a unidade como se tivesse mandado eles lá. É uma coisa boca a boca que vai passando, entendeu? O postinho manda o conselho, eu me prejudiquei por causa do postinho, daquela enfermeira... (P12).

Ainda, a dificuldade da APS em articular com os hospitais-maternidade e as falhas de atendimento e contrarreferência também foram lembradas como, por exemplo, casos envolvendo alta hospitalar sem orientação e sem cumprimento do protocolo da prevenção da TV, negativa para internação para cesárea recomendada (em casos de falha na adesão e carga viral cima de mil cópias), não realização dos testes rápidos, entre outros. Apesar disso, os diferentes trabalhadores reconheciam a sobrecarga e falta de recursos vivida pelos hospitais.

Em particular, os trabalhadores de hospitais e serviços especializados não se mostraram preocupados da mesma maneira que os da APS com o acesso à informação e sua articulação com o trabalho nos territórios, já que dependem prioritariamente apenas do seu próprio sistema de informações. Entretanto, estes entrevistados se mostravam mais preocupados com a dificuldade do seguimento dos cuidados na rede, pois sentiam que possuíam mais “controle” sobre as usuárias quando estas estavam dentro dos seus serviços terciários e secundários (Diário de campo, 09/11/17). Paradoxalmente, os trabalhadores da APS pareciam acreditar que se tivessem mais “controle” (informação) dos casos, teriam mais sucesso no acompanhamento. Nesse sentido, questionamos se esse tipo de “controle” e “vigilância” são, em si, efetivos para qualificar o cuidado das MVHIV e crianças expostas.

A inserção do CTVHIVS no cenário da epidemia de HIV/aids foi recebida pelos trabalhadores da rede, de modo geral, positivamente, pois ajudou a articular novos protocolos, como a testagem rápida na APS e no parto, a obrigatoriedade do uso de antirretroviral no parto, a realização do exame de carga viral no bebê antes da alta hospitalar quando a mãe não estava aderente ao tratamento até o parto dentre outros protocolos e ações

instituídas. Além disso, o CTVHIVS oferecia um espaço de discussão e planejamento que permitia visualizar os casos que ainda estavam acontecendo no território e abria portas nos serviços para pensar o cuidado envolvendo outros casos semelhantes. Ainda que de modo inicial, as discussões no CTVHIVS passaram a indicar possibilidades de ampliação e diversificação das ações quanto à saúde da mulher, buscando-se a interlocução com dispositivos de saúde mental e, também, planejar ações para a inclusão do parceiro no pré-natal: *“Se tem que criar um local de proteção dessas mulheres gestante, dependentes químicas, que, por exemplo, de ficar dentro de um hospital por muito tempo não é um local adequado, não seria o melhor local”* (P11).

A dinâmica das discussões envolvia a definição e pactuação de ações específicas para cada caso o que, muitas vezes, exigia a reapresentação do mesmo em várias reuniões até que todos os serviços acordassem sobre o acompanhamento. Por exemplo, para casos em que a criança exposta não fizera o diagnóstico após os 18 meses de vida, se organizava a busca ativa, marcação da testagem em horários alternativos, realização domiciliar do teste rápido ou mesmo a solicitação de avaliação do caso pelo Conselho Tutelar, quando se esgotam as tentativas das equipes de saúde. Em situações de risco extremo de TV, à vida da mãe e/ou do bebê, se recorreu a intimações judiciais para realizar o tratamento de gestantes, ainda que tais iniciativas evocassem posições divergentes sobre a autonomia da mulher.

Uma estratégia utilizada pelo CTVHIVS para ampliar as ações coordenadas entre os serviços foi o uso de alertas eletrônicos disparados para as maternidades e gerências sanitárias da cidade para casos em que a data do parto de uma gestante sem adesão ao pré-natal e/ou aos antirretrovirais estava próxima. Os alertas continham dados básicos sobre a gestante e o caso e eram emitidos para profissionais de referência que, por sua vez, responsabilizavam-se por comunicar às equipes locais. Tal ação visava impactar especialmente o indicador de não uso de antirretroviral no parto, a realização da carga viral nesses recém-nascidos antes da alta hospitalar e as orientações anticoncepcionais: *“Já teve algumas gestantes nossas que foi dado o alerta e, por causa do alerta, a gente conseguiu um bom resultado”* (P10).

Ao mesmo tempo, houve questionamento a respeito da possibilidade desse espaço se tornar um dispositivo de vigilância para com os serviços, pois a cobrança quanto a resolutividade das ações quanto aos casos interferia nas condutas adotadas e limitava a atuação da equipe de saúde:

O comitê tem uma questão assim de resolatividade, tipo assim, eu tô ali e aí eu sei, 'tá mas e a unidade veio? E aí? Como é que foi lá? Fez isso?' 'Não, mas olha, ela tá no SAE', 'E o SAE sabe que tá lá?' Então tu tens uma resposta direta e meio que um comprometimento social, porque as pessoas tão me olhando, então se eu tô dizendo que A. vai vincular, eu tenho que vincular, entendeu... ou eu vou ter que me explicar depois. Eu acho que o Comitê é muito bom, mas ele também é policialesco assim. Tu tá dizendo que tu vais, tá todo mundo vendo, 'então tu tá falando que vai?' E ela (coordenadora da reunião) faz aquelas anotações, eu tô entendendo que ela tá anotando e que ela vai me cobrar (P3).

Assim, é preciso considerar a ligação que o CTVHIVS possui com o serviço de vigilância do município e o fato de que sua criação não partiu de uma demanda da rede, mas, sim a partir do que a gestão de saúde achava ser necessário na época. Entende-se que isso pode criar um ambiente de trocas mais verticalizadas entre os serviços e a manutenção de relações de poder que podem fragilizar o papel da APS e o engajamento dos trabalhadores, aumentando a cobrança entre os serviços. Dessa forma, pontua-se como o modelo de Vigilância e a própria atuação do CTVHIVS aparecem como uma reprodução dos modelos médico-assistencialista e sanitarista hegemônicos, com práticas institucionais hierarquizadas e centralizado (Porto, 2017). Em certos momentos, era evidenciado a ausência de uma escuta integral das necessidades e interesses das pessoas mais vulneráveis levadas até as reuniões enquanto casos a serem discutidos e como, em diversos momentos, a “resolução” desses casos se dava por uma intervenção técnica pontual, sem muito enfatizar ou dar espaço para pensar outras alternativas que pudessem contemplar as demandas e necessidades das próprias mulheres. O trabalho em saúde possui na sua tradição a noção de pensar o sujeito enquanto objeto no propósito de extrair um diagnóstico, a partir de relações em que o profissional da saúde detém todo o saber (Gastão, 2012). A resistência de alguns trabalhadores da APS em fazer o monitoramento dos casos evidencia a presença dessa racionalidade.

As políticas de saúde do nosso Sistema Único de Saúde já incorporaram noções e diretrizes que orientam o trabalho em saúde em uma cogestão entre diferentes áreas, baseada em Equipe de Referência e Apoio Matricial (Brasil, 2004). A equipe de referência seria como um rearranjo organizacional na tentativa de aproximar e misturar poder de gestão com a equipe interdisciplinar. Já o apoio matricial aparece com o objetivo de integrar o especialista em várias equipes que necessitam do seu trabalho

especializado, buscando romper com as relações hierárquicas que existem no sistema de saúde. Dessa forma, o apoio matricial oportuniza a retaguarda assistencial assim como suporte técnico para as equipes. (Gastão; Domitti, 2007). Essas são importantes práticas que ajudam a interceder de maneira mais ampla e plural dentro dos serviços de saúde articulados em rede, pensando formas sistêmicas de trabalho, fugindo de uma posição de autoritarismo. Entretanto, também se pontua que trabalhar em rede possui assimetrias inerentes ao seu funcionamento como os papéis e funções que profissional e usuário desempenham em determinado contexto e que constituem o seu caráter demarcando suas diferenças. Por isso, Gastão (2012) dialoga com uma noção de cogestão na busca de criar um espaço coletivo profissional que personalize as relações e dinamize a atuação entre os pares.

Apesar da existência de políticas e de outras formas mais solidárias de pensar o trabalho em saúde, pontuamos que muitas das dificuldades para a realização de um apoio matricial à APS ou uma comunicação ágil e efetiva entre os serviços, por exemplo, se devem à escassez de recursos humanos, insumos e de capacitações aos profissionais, como destacado por nossos interlocutores. Como se verá na categoria a seguir, esses desafios dos processos de trabalho e funcionamento da rede implicavam no modo como o cuidado das MVHIV, suas famílias e seus filhos, se produzia ao longo do acompanhamento e gerenciamento da prevenção da TV.

“Padecer de risco” e “morrer na rede”: a (im)produção de cuidado para a mulher vivendo com HIV no contexto da TV

À luz do conceito de cuidado integral e centrado na pessoa dentro dos serviços de saúde, pensado por Merhy (2004), e articulando também a análise das relações de gênero (Connell, 2016) no cenário do HIV/aids, essa categoria discute a produção do cuidado voltada para as MVHIV a partir das ações da rede de saúde e do CTVHIVS. Trabalhou-se aqui com emergência êmica da categoria “padecer de risco” para debater alguns pressupostos e discursos em torno das MVHIV que tendiam a naturalizar situações de vulnerabilidade social e subjetiva vividas por elas. Dessa forma, a produção de um cuidado possível e singularizado para as MVHIV parecia, muitas vezes, ser obstruída por uma noção fatalista diante das duras realidades sociais das violências, da pobreza, do sofrimento psíquico e do uso de substâncias, o que reforçava o engajamento da rede nas medidas preventivas biomédicas e de controle dos corpos. Os aspectos não visibilizados por essa lógica acabavam por “morrer na rede”, produzindo tanto mortes reais como simbólicas.

Desse modo, destaca-se como a rede de saúde concentrava seu foco principal na prevenção da TV, o que fazia com que as estratégias visando a transmissão zero recaíssem sobre as MVHIV. Esta meta era bastante repetida durante as reuniões, na tentativa de enfatizar a necessidade de alcançar o menor número de casos da TV a cada ano. A atuação do CTVHIVS acabava por se pautar em estratégias biomédicas da prevenção da TV entre as gestantes, pouco abordando ações de cuidado da mulher focadas nas vulnerabilidades específicas de cada contexto familiar e dos territórios. Nesse sentido, parece que as estratégias de cuidado não eram pensadas a partir de olhares para a classe social e raça/cor das mulheres, seu contexto familiar e subjetivo, pontos de vista que ajudariam a pensar estratégias para um cuidado integral e centrado na pessoa. Ao contrário, o trabalho em rede focava-se muito mais no controle do risco epidemiológico envolvendo a TV, nos fazendo questionar até onde essa rede se permitia ir e ser efetiva e qual seria essa ‘eficiência’ almejada. Diante da urgência de fazer eliminar o risco para o bebê, pensar a dimensão cuidadora para a mulher era deixada de lado e acabava por não ser priorizada, “depois a gente pensa na mulher”, vira um “nunca se prioriza a mulher” (Diário de campo, 01/06/17).

Nos relatos dos trabalhadores de saúde, alguns deles se referiam às condições sociais das MVHIV como um ‘problema’ a mais a ser enfrentado, fora da alçada da rede de saúde e que impediam o tratamento e a prevenção. Problemas como uso de drogas e situações de violências eram vistas, portanto, como obstáculos externos e não foco de atenção e cuidado em saúde, o que novamente indica uma dificuldade em abordar esses aspectos. O termo “padecer de risco”, foi utilizado por um médico para se referir a um caso que estava em discussão no CTVHIVS e que traremos para análise aqui (Diário de campo, 09/11/17). A mulher referida pelo médico não havia realizado o pré-natal, estava em situação de rua e usava drogas de modo problemático, mas havia aderido ao implante contraceptivo durante a internação obstétrica. O comentário sobre o perfil dos casos tratados no CTVHIVS ilustra a dificuldade da rede em abordar essas vulnerabilidades como parte do cuidado em saúde, além de condensar uma ideia que naturalizava as vulnerabilidades sociais.

Nessa linha, algumas medidas extremas como a realização de laqueaduras durante o parto decididas judicialmente ou as internações compulsórias de gestantes usuárias de drogas e não aderentes aos ARV apareciam como a única alternativa para casos complexos e que, aparentemente, a rede “já tinha tentado de tudo” e nos quais as políticas de proteção do Estado tinham falhado. A ideia de “déficit cognitivo” era bastante empregada durante as reuniões principalmente quando se falava das gestantes e mães que usavam drogas e serviam de justificativa para ações de controle.

Assim, a naturalização dos contextos sociais também passava pela patologização em termos de saúde mental e pelo descrédito quanto a possibilidade de autonomia de decisão, produzindo a morte simbólica dessas mulheres:

O problema maior é a questão da usuária de drogas, porque perde a noção do autocuidado, não vai tomar antirretroviral, às vezes não vem na consulta de pré-natal, então é mais difícil a gente abordar. [...] Quatro crianças infectadas nasceram [filhos da mesma mulher] no Fêmina. Então, isso é muito triste, porque a gente não faz nada, na época não tinha o Implanon, nem o Mirena, o de cobre e nem o de Mirena [...]. A segunda gestação a gente conseguiu colocar, mas são quatro crianças infectadas. E a gente não fez nada. Eu tenho uma sensação de impotência (P1).

Em contraposição, outros profissionais se mostraram mais críticos quanto às ações de controle extremas adotadas e questionaram a postura da própria rede em tentar “resolver” a situação das mulheres por meio dessas medidas, apontando falhas anteriores dos serviços e das políticas públicas de modo geral. No trecho a seguir, uma profissional residente e atuante na gestão relata um caso em que gestante se negou a fazer o uso do antirretroviral e foi intimada pelo Ministério Público (MP) a cumprir uma internação compulsória, à revelia de seu contexto social e subjetivo:

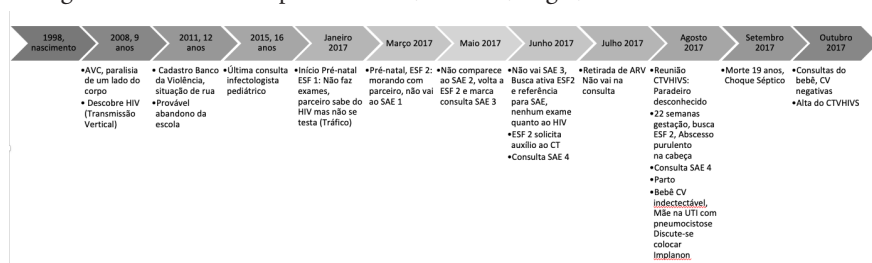
A G., uma menina que possivelmente teve os seus direitos violados desde muito nova. A mãe, relatos dos serviços, prostituía ela desde os 11 anos. [...] Ela é uma menina jovem de 19 anos e teve os seus direitos violados, tem HIV, uma menina jovem com HIV, cabeça pra funcionar assim... eu acho que tem muitas questões. É uma pessoa que tem dificuldade, mas assim a questão da internação... a fala da Dra. L. [defensora pública do MP] aquele dia me deixou assim oh, vontade imensa de não estar mais aqui, porque eu não interno as pessoas se elas são plenas de direitos e se eu disser pra senhora que eu tô grávida e eu não vou tomar antirretroviral porque eu vomito e eu não consigo sair, trabalhar e se eu não trabalhar, se eu não vier trabalhar eu não tenho como pagar o meu aluguel, e onde que eu vou morar? Como é que a senhora vai... me internar? A senhora vai me internar? Então, a mulher não tem direito de não tomar o antirretroviral, ela não tem direito de fazer um aborto, é a mesma coisa. Se eu ficar grávida agora, eu não tenho direito de fazer um aborto legalmente. Porque eu não

tenho direito, uma mulher ela não tem direito, por que que não é internado o homem? Mas é a mãe... Então eu acho que uma fala do MP num lugar onde é cheio de questão de gênero, a mulher... ela é sempre a culpada (P3).

A medida de internação compulsória de G., porém, acabou não se cumprindo porque ela deu à luz antes do tempo previsto. O bebê de G. nasceu com uma malformação congênita, precisou de cirurgia e vários tratamentos, permanecendo com uma sequela neurológica irreversível. A criança não se infectou pelo HIV, mas foi preciso que a profissional residente, sensibilizada pelo caso, a encaminhasse pessoalmente para obter o Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social que garantiria minimamente condições de cuidado da criança.

Outro caso que mobilizou muito a discussão do CTVHIVS foi o de S. uma mulher negra, de apenas 19 anos, que foi infectada pelo HIV por transmissão vertical e que acabou falecendo pouco tempo depois de dar à luz ao seu bebê que não se infectou. Na linha do tempo a seguir, destacamos pontos cruciais da trajetória de vida de S. que culminaram no desfecho final. Muitas das violências e violações de direitos vividas por S. repetidamente ao longo da vida não apareciam nas discussões, pois o foco do trabalho estava em prevenir a infecção do bebê por meio da internação compulsória para cumprimento do pré-natal.

Figura 1: Linha do tempo do caso S., 19 anos, negra, 1-4 anos de escolaridade.



Fonte: elaborado pelas autoras.

A história de S. representa uma morte real dentro da rede e ressalta ainda mais as falhas presentes nos processos de trabalho pensados para as mulheres gestantes. É transparente a frustração que a falta de articulação entre a rede para pensar alternativas de cuidado aos casos complexos gerava nos próprios trabalhadores de saúde. Uma entrevistada narrou a situação em que não encontrava encaminhamento possível para a mulher em situação de rua que atendia no serviço. Como a mulher continuava em situação de rua mesmo após o nascimento do bebê, este foi acolhido já que não se

encontrava familiares que pudessem abrigar ela e o bebê. Tomou-se a decisão de encaminhar o caso para o Ministério Público que conseguiu um lugar para que a mulher saísse das ruas e ficasse com o filho. Porém, como se verá na narrativa a seguir, mesmo assim, as condições mínimas para maternar o filho, não foram garantidas:

Eles disseram que conseguiram lugar para ela ficar, porque a gente solicitou isso para ela não ficar na rua, tinha que ter um lugar. Aí quando eu e a residente fomos levar ela para o lugar, o lugar era.... que nenhum de nós iria querer ficar naquele lugar. E aí na mesma hora depois de todo o trabalho que a gente tinha para ela dizer, que ela chegou a dizer que queria ficar no hospital morando aqui porque tava sendo bem tratada, tratada com dignidade e tal, ela me olhou e disse: “eu não vou ficar aqui, isso aqui não é para mim”. Eu nem tinha como dizer... tentei né: “não, vamos ver outro lugar para ti”. Quando eu cheguei lá, eu também me assustei. Um lugar muito horroroso, parecia um depósito público de pessoas, isso que o ministério público tinha encaminhado. [...] E ela disse “eu vou embora”, eu só abanei. Eu não sei onde ela tá e tal, ela foi embora. O que eu senti? Todo o nosso investimento de meses, tudo que a gente fez, morreu com a rede. [...] Esse caso a equipe toda ficou muito frustrada, porque a gente não tinha local para encaminhar ela (P11).

A expressão “morreu com a rede”, portanto, catalisa o sentimento de impotência que certas situações pareciam gerar e, também, a dificuldade de desenvolver um cuidado centrado na pessoa, nesse caso, na mulher vivendo com HIV que permanecia em uma espécie de não-lugar, a parte do acompanhamento da criança para o HIV. Esta ficou desassistida pela rede logo após o bebê, principal alvo das ações de cuidado, estar “à salvo” do vírus. A impressão é que o encaminhamento do Ministério Público foi uma ação final para o caso, porém, sem articular estratégias que visassem o cuidado longitudinal e de apoio para ela. “Morrer na rede” simboliza, portanto, as limitações que as estratégias da rede de saúde impunham tanto para as mulheres quanto para os profissionais.

Entretanto, identificaram-se esforços de algumas partes da rede para propor um cuidado que fosse além do foco meramente biomédico. Durante as entrevistas, portanto, fora dos encontros do CTVHIVS, o relato de alguns trabalhadores indicou que serviços de saúde ou profissionais específicos tentavam estabelecer processos de trabalho diferenciados para com as mulheres atendidas, articulando ações cuidadoras e atentas às vul-

nerabilidades sociais que vivenciavam. Por exemplo, a profissional médica de um dos SAE narrou seu esforço por construir vínculos e manter um olhar para a saúde integral das gestantes:

Teve paciente que eu cheguei a ouvir de colegas assim ‘ah eu conheço há muitos anos, já fui na casa dela várias vezes e encontrava ela totalmente chapada’, né, ‘é ela não tem jeito’, sabe, mas daí tu vai, tu vai tentando, tu vai explicando, tu vai explicando, tu vai conversando, sabe, tu vai fazendo laços. Se eu contar essas histórias assim, agora, já são inúmeras. Me lembro de uma outra que ela nem me olhava, sabe, eu explicando, eu falando parecia que eu tava falando sozinha. Ela não tava em uso de droga, não, tava como eles dizem de cara limpa, mas ela não olhava, não interagia. Eu explicava, explicava, explicava e ela nada. Aí eu digo o que eu vou fazer pra conseguir ter, né, ter uma, uma relação. Aí eu disse pra ela assim: “olha, se eu conseguir uma pastinha pra ti colocar tua carteira, teus exames, tu usa?”. Aí ela disse: “tá, uso”. Aí eu disse assim: “então tá, então a gente vai reagendar a tua consulta agora na próxima vez e daí eu vou te dar a tua pastinha” e avisei a agente também e tal. E na outra consulta eu consegui a outra tal da pastinha pra ela, pra ela botar tudo, ela já me olhou diferente, eu fiquei até um pouco emocionada. Ela já me olhou diferente. Mas, olha, o que me incomodou aquele fato dela não me olhar, sabe, porque na verdade a gente quando começa a se colocar no lugar do outro, quando começa a ter empatia, tu começa a perceber que o outro não te olha porque ele se sente invisível, “quem é essa mulher que tá me dizendo todas essas coisas, o que que ela ela sabe?” (P10).

O relato potente acima nos ajuda a pensar em uma dimensão cuidadora na saúde em que se marca a tentativa de construção de vínculo a partir da empatia para com o outro. A atenção que a médica do SAE dispõe para um detalhe que parece pequeno e trivial demonstra uma capacidade de escuta diferenciada e acolhimento com a usuária, possibilitando a transição do cuidar dos documentos como metáfora para o cuidar de si. É um exemplo de que para promover a integralidade dentro do cuidado em saúde precisa-se da humanização, pois uma ação integral não se constrói sem a participação daquele que irá recebê-la (Ayres, 2004). A mesma profissional relata seu processo de se familiarizar com o público atendido no SAE, denotando uma sensibilidade importante:

Não eram eles que iam ter que mudar, eu tinha é que me adequar à população que eu tava atendendo. E eu acho que nesses anos, eu fui aos poucos me adequando a eles. Alguns conseguiram modificar as suas vidas, né, então um pouco de mim ficou neles, mas eu acho que eu mudei muito assim e aprendi muito, aprendi muito, não só em termos de medicina, de prática médica, mas acho que aprendi muito como indivíduo, como ser humano (P10).

Os profissionais ligados à ONG Ação Rua, que prestava serviço para a prefeitura de Porto Alegre, também demonstravam uma abordagem mais humanizada dentro das reuniões do CTVHIVS, tentando trazer para debate os contextos de vidas das mulheres que circulavam pela rede e dos territórios. Eles conseguiam estabelecer vínculos com as mulheres de histórico mais complicado e estabeleciam um trabalho conjunto com o SAE. Por outro lado, chama atenção a ausência do Sistema Único de Assistência Social e dos Centros de Referência de Assistência Social durante as reuniões. Estes não eram acionados e pareciam funcionar como algo à parte da rede voltada para a prevenção da TV, ou pelo menos naquelas ações que eram articuladas pelo CTVHIVS. Diante disso, pontuamos que a complexidade dos casos tratados no CTVHIVS enseja a necessidade de ações intersetoriais que articulem com os serviços de assistência social e não apenas aqueles do âmbito da saúde e da justiça.

Considerações Finais

A partir da experiência do CTVHIVS na cidade de Porto Alegre/RS, verifica-se que esta pode ser uma ferramenta útil de trabalho em rede que facilitava o contato e a atuação coordenada da APS, especializada ou hospitalar, vigilância epidemiológica e de gestores. Por enfocar casos bastante complexos do ponto de vista da vulnerabilidade social e individual, muitas vezes sinalizando insucessos ou falhas assistenciais, as discussões do CTVHIVS instigaram a revisão dos processos de trabalho da rede, sensibilizando profissionais de diferentes serviços para a prevenção da TV do HIV/Sífilis. Nessa direção, entende-se que intervenções na saúde materna e da criança como estas podem diminuir mortes maternas, neonatais e infantis, em especial quando há apoio político e da gestão (Black *et al.*, 2016).

Ainda, percebeu-se a importância da plasticidade da atuação do CTVHIVS frente às demandas colocadas pelos serviços. Essa flexibilidade se expressou não apenas por meio de respostas diretas pactuadas nas reu-

niões, mas também quando as discussões passaram a incluir o acompanhamento de casos em tempo real. Estratégias como a do CTVHIVS podem fomentar a horizontalidade e a cogestão das ações de prevenção da TV, aprimorando a descentralização da testagem e do aconselhamento em IST/HIV (Rocha, *et al.*, 2016). O êxito dessa experiência se reflete na replicação da mesma para o enfrentamento da TV do HIV e Sífilis Congênita em outros municípios do estado do RS (Rio Grande do Sul, 2015).

Entende-se que a experiência do CTVHIVS pode promover uma maior integração entre os serviços, fortalecendo a APS como ordenadora do cuidado. Porém, a descentralização do cuidado em HIV/aids ainda é um processo recente no Brasil que envolve tensões morais, éticas, técnicas, organizacionais e políticas (Melo; Maksoud; Agostini, 2018) e, apesar das indicações positivas da experiência, o estudo também evidenciou muitas dificuldades do CTVHIVS. Nos âmbitos morais e éticos, os desafios programáticos se relacionavam as situações de extrema vulnerabilidade social e subjetiva ilustradas pelos casos, trazendo à tona debates quanto à culpabilização da mulher que, por vezes, reforçava ações que pouco contemplavam as MVHIV na ótica da saúde integral em função da centralidade na proteção específica da criança. Estudo recente indicou que as gestantes vivendo com HIV em Porto Alegre, na sua maioria, residiam em áreas com péssimos indicadores socioeconômicos e precariedade de infraestrutura, sendo que as maiores taxas de óbitos entre elas foram registradas nas regiões de maior vulnerabilidade social. Embora tais regiões possuísem coberturas vacinais e de serviços de APS adequadas, pode-se pensar que haviam dificuldades de acesso à assistência especializada, revelando iniquidades na atenção da rede (Bernardelli *et al.*, 2021). Nesse caso, pensa-se ser importante contemplar tantas ações de curto e médio prazo voltadas para a criança (prevenção da TV do HIV e da Sífilis Congênita), quanto estratégias de cuidado longitudinal e de longo prazo das famílias, que promovam contextos de desenvolvimento mais favoráveis para as próprias crianças.

Por fim, para pensar o cuidado integral das MVHIV faz-se necessário um olhar e escutas diferenciados para as situações de sofrimento psíquico e para as trajetórias subjetivas construídas sob inúmeras vulnerabilidades sociais. A partir desse trabalho, percebeu-se a necessidade de uma atuação mais articulada e qualificada do trabalho em rede não apenas do ponto de vista dos processos de trabalho, mas também para a garantia de direitos das mulheres. Os achados nos fazem refletir sobre como a produção de um cuidado integral e equânime para as MVHIV, que leve em conta a perspectiva de gênero, raça/cor e classe social, depende também da produção de condições dignas de trabalho em saúde, bem como de processos reflexivos e solidários na rede de saúde, revelando o entrecruzamento entre as dimensões trabalho e cuidado.

Referências

- ACOSTA, Lisiane Morelia Weide; MONTEIRO, Bianca Ledur. Eliminação da Transmissão Materno-Infantil do HIV e Sífilis em Porto Alegre – onde estamos e onde queremos chegar. *Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde*. Porto Alegre, n. 73, p. 5, maio 2019. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletimepidemiologico-cgvs-sms-pmpa-73.pdf. Acesso em: 29 mar. 2024.
- 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. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- BELLOTTO, Paula Cristina Barth; LÓPEZ, Laura Cecilia; PICCININI, Cesar Augusto; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro. Entre a mulher e a salvação do bebê: experiências de parto de mulheres com HIV. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v. 23, e180556, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/Interface.180556>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- BERNARDELLI, Maiton; GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PATTUSSI, Marcos Pascoal; BARCELLOS, Nêmera Tregnago; ACOSTA, Lisiane Morelia Weide. Distribuição espacial e espaço temporal de óbitos de mulheres vivendo com HIV em Porto Alegre de 2007 a 2017. *Revista de Saúde Pública*, v. 55, n. 84, p. 1-11, 8 dez. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003384>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- BLACK, Robert *et al.* Reproductive, maternal, newborn and child health: key messages from Disease Control Priorities 3rd Edition. *The Lancet*, v. 388, n.10061, p. 2811-2824, 2016.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*: Equipe de referência e apoio matricial. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.
- BRASIL. 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. *Boletim Epidemiológico HIV/Aids – 2018*. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.
- CONNELL, Raewyn. *Gênero em termos reais*. São Paulo: nVersos, 2016.

- EGRES, Luciana Silveira. *Avaliação das Ações em saúde Pública no Combate à Epidemia de HIV/AIDS no município de Porto Alegre (2001-2012)*. 2015. 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde Pública) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/131205/000980004.pdf?sequence=1>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- FERTONANI, Hosanna Pattrig; PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015206.13272014>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- GASTÃO, Wagner de Sousa Campos. Apoio matricial e práticas ampliadas e compartilhadas em redes de atenção. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 18, n. 1, p. 148-168, abr. 2012. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682012000100012&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2024.
- GASTÃO, Wagner de Sousa Campos; DOMITTI, Ana Carla. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000200016>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- MACEDO, Joao Paulo; DIMENSTEIN, Magda. O trabalho dos psicólogos nas políticas sociais no Brasil. *Avances en Psicología Latinoamericana*, Bogotá, v. 30, n. 1, p. 182-192, 2012. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-47242012000100015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2024.
- MELO, Eduardo Alves; MAKUD, Ivia; AGOSTINI, Rafael. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? *Rev. Panam. Salud Publica*, v. 42, e151, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2018.v42/e151>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- MERHY, Emerson Elias. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.108-137.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 17, n. 3, p. 621-626, mar. 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012003000007>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- OLIVEIRA, Cátia Martins; CASANOVA, Ângela Oliveira. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14, n. 3, pp. 929-936, 2009.
- PIRES, Patrícia Vitória; MEYER, Dagmar Elizabeth Estermann. Noções de enfrentamento da feminização da aids em políticas públicas. *Rev. Polis e Psique*, v. 9, n. 3, p. 95113, set./dez. 2019. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2238-152X2019000300007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 29 mar. 2024.
- PORTO, Marcelo Firpo de Souza. Pode a Vigilância em Saúde ser emancipatória? Um pensamento alternativo de alternativas em tempos de crise. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 22, n. 10, p. 3149-3159, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.16612017>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde. Portaria N.º 289, de 14 de março de 2012. *Diário Oficial da Prefeitura de Porto Alegre*, mar. 2012.
- PORTO ALEGRE. Saúde lança Comitê para reduzir a transmissão vertical do HIV e sífilis. *Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde*, Porto Alegre, ano XV, n. 52, p. 8, ago. 2013. Disponível em: http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/cgvs/usu_doc/boletim_epidemiologico_52_agosto_2013.pdf. Acesso em: 29 mar. 2024.
- RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de DST/AIDS do Rio Grande do Sul. *Boletim epidemiológico 2015 HIV/AIDS e Sífilis*. Porto Alegre: SES/RS, 2015. Disponível em: <http://observatorioaids.saude.rs.gov.br/wp-content/uploads/2019/04/Boletim-Epidemiol%C3%B3gico-HIVAids-e-S%C3%ADfilis-2015.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2024.
- ROCHA, Kátia Bones; SANTOS, Rejane Rosaria Grecco; CONZ, Jaqueline; SILVEIRA, Ana Carolina Tittoni. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. *Saúde debate*, v. 40, n. 109, p. 22-33, maio/jun. 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/xnMs4mbSNrdLJrTBH7hJJ8m/#>. Acesso em: 29 mar. 2024.

- TAVARES, Gabriela. *Produção de cuidado na prevenção da transmissão vertical do HIV no Comitê de Porto Alegre*. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2022. Documento não disponível online.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes; VILASBOAS, Ana Luisa. Modelos de atenção à saúde no SUS: Transformação, Mudança ou conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Medbook, 2014. p. 287-301.
- VICTORA, Ceres; KNAUTH, Daniela; HASSEN, Maria de Nazareth Agra. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Ed, 2000.