

INSTITUTO FEDERAL DE SANTA CATARINA

BRUNA MIRELA TRUPPEL
NATÁLIA PEREIRA NEVES

ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS OFERTADOS ÀS GESTANTES PARA
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO HIV

Joinville
2018

Bruna Mirela Truppel
Natália Pereira Neves

ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS OFERTADOS ÀS GESTANTES PARA
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO HIV

Monografia apresentada ao
Curso Superior de
Tecnologia em Gestão
Hospitalar do Câmpus
Joinville do Instituto Federal
de Santa Catarina para a
obtenção do diploma de
Tecnólogo em Gestão
Hospitalar.

Orientadora: Andrea
Heidemann

Joinville
2018

P 324f	Truppel, Bruna Mirela. Neves, Natália Pereira.
<p>Análise dos serviços públicos ofertados às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do HIV / Truppel, Bruna Mirela. Neves, Natália Pereira. - Joinville, 2018.</p>	
<p>74 p.</p>	
<p>Monografia (graduação) – Instituto Federal de Santa Catarina, Câmpus Joinville, Curso de Tecnologia em Gestão Hospitalar, Joinville, 2018.</p>	
<p>Orientador: Andrea Heidemann</p>	
<p>1. HIV/AIDS. 2. Serviços de assistência. 3 Atendimento. 4 Gestantes. I. Andrea Heidemann. II Análise dos serviços públicos ofertados às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do HIV.</p>	
<p>CDD 001.4</p>	

BRUNA MIRELA TRUPPEL
NATÁLIA PEREIRA NEVES

ANÁLISE DOS SERVIÇOS PÚBLICOS OFERTADOS ÀS GESTANTES PARA
DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E ACOMPANHAMENTO DO HIV

Este trabalho foi julgado adequado para obtenção do título em Tecnólogo em
Gestão Hospitalar, pelo Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de
Santa Catarina, e aprovado na sua forma final pela comissão avaliadora
abaixo indicada.

Local, dia, mês e ano.

Prof. Xxxx, Dr
Orientador
Instituto xxxx

Prof. Xxxx, Me.
Corientador
Instituto xxxx

Prof. Xxxx, Dr
Instituto xxxx

AGRADECIMENTO

Agradecemos a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville que nos possibilitou desenvolver a pesquisa e que sem o apoio das mesmas não teríamos chegado nos nossos objetivos de forma satisfatória.

Agradecemos aos nossos pais que nos apoiaram durante todo o curso, e uma agradecimento em especial a nossa professora orientadora da qual tivemos grande apoio no desenvolver da pesquisa, nos esclarecendo dúvidas e sempre nos incentivando.

RESUMO

Essa pesquisa tem como objetivo principal conhecer quais são as ações e os serviços de assistência às gestantes com vírus HIV/AIDS que são preconizados pelo Sistema Único de Saúde e que são desenvolvidos no município de Joinville/SC, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde em 2018. Assunto esse que estabelece identificar quais os serviços de atendimento às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do HIV que são desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde. Com o intuito de demonstrar a importância para os profissionais da saúde, quanto para a comunidade joinvilense, que terá disponível informações da região e uma melhor dimensão de como estão os serviços prestados em relação ao atendimento das gestantes portadoras de HIV. Quanto a natureza da pesquisa, é classificada como aplicada e de abordagem qualitativa, configurando-se, assim, como estudo de caso. A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2018, sendo que os dados foram levantados através de observação simples, entrevista e análise de documentos. De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, no município de Joinville, tanto a Atenção Primária quanto o Serviço de Média Complexidade estão buscando dar assistência às gestantes com HIV positivo durante o parto e puerpério, reduzindo os riscos da transmissão vertical, mediante o seguimento das orientações do Ministério da Saúde.

Palavras-Chave: HIV/AIDS. Assistência pré-natal. Saúde pública. Gestantes.

ABSTRACT

The main objective of this research is to understand what are the actions and services of assistance to pregnant women with HIV / AIDS, which are recommended by the Unified Health System and are developed in the city of Joinville / SC, within the scope of the Municipal Health Secretary in 2018. The focus is to identify what services are available to pregnant women for the diagnosis, treatment and monitoring of HIV that are developed by the Unified Health System. The aims is to demonstrate the importance to health professionals, as well as to the community of the city of Joinville, making it available for the population information from the region and a better dimension of how services are provided in relation to the care of pregnant women with HIV. As for the nature of the research, this is a qualitative applied research, focusing on a case study. Data were collected from August to October 2018 through simple observation, interviews and document analysis. According to the results found in this research, in the city of Joinville, both Primary Care and the Medium Complexity Service are seeking to assist pregnant women with HIV during childbirth and puerperium, reducing the risks of vertical transmission, by following the guidelines of the Ministry of Health.

Keywords: HIV/AIDS. Prenatal care. Public health. Pregnant women.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AZT - Azidotimidina
CD4 - Grupamento de Diferenciação 4
CF - Constituição Federal
CGAN - Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição
CNDSS - Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde
CPMF - Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira
CTA - Centro de Aconselhamento e Testagem
DNA - Ácido Desoxirribonucleico
DST - Doença Sexualmente Transmissível
ESF - Estratégia Saúde da Família
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana.
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis
NARAS - Núcleo de Apoio a Rede de Atenção à Saúde
PEP - Profilaxia Pós-Exposição
PIB - Produto Interno Bruto
RDC - Resolução da Diretoria Colegiada
RNA - Ácido ribonucléico
SAE - Serviço de Assistência Especializada
SAMU - Sistema de Atendimento Móvel de Urgência
SES - Secretaria da Saúde
SIOPS - Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde
SISREG - Sistema Nacional de Regulação
SUS - Sistema Único de Saúde
TARV - Terapia Antirretroviral
UBS - Unidades Básicas de Saúde

UCI - Unidade de Cuidados Intermediários

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	11
1.1 Justificativa.....	12
1.2 Problema.....	14
1.3 Objetivo geral.....	14
1.4 Objetivos específicos.....	14
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
2.1 As raízes do SUS.....	16
2.2 Surgimento do SUS.....	20
2.3 Cenário atual do SUS: principais desafios	23
2.4 Diferença entre AIDS e HIV.....	28
2.5 O contexto das mulheres gestantes portadoras de HIV/AIDS no Brasil.....	30
2.6 O que o SUS preconiza no atendimento a gestante portadora de HIV/AIDS.....	32
2.7 Rede Cegonha.....	35
3. METODOLOGIA.....	38
3.1 Tipo de pesquisa.....	38
3.2- Locus da Pesquisa.....	39
3.3 Procedimentos de Coleta de Dados.....	40
3.4 Apresentação de resultados.....	41
3.5 Ética na Pesquisa.....	41
4 ATENDIMENTO ÀS GESTANTES PORTADORAS DE HIV NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE.....	43
4.1 ATENDIMENTO A GESTANTE PORTADORA DE HIV: a Atenção Primária em Joinville/SC.....	43
4.2 ATENDIMENTO A GESTANTE PORTADORA DE HIV: a Vigilância Epidemiológica de Joinville/SC.....	47
4.2.1 A Vigilância Epidemiológica.....	47
4.2.2 O atendimento da gestante na Vigilância Epidemiológica.....	48
4.2.3 Fluxograma do atendimento a gestante portadora de HIV/AIDS em Joinville/SC.....	51
4.3 O ATENDIMENTO A GESTANTE PORTADORA DE HIV: análise e discussão dos resultados.....	55
CONCLUSÃO.....	58
REFERÊNCIAS.....	60
APÊNDICE 1 – Ficha de leitura.....	70
APÊNDICE 3 - Autorizações.....	71

1. INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública desde o início da epidemia na década de 80, os casos em gestantes são preocupantes, principalmente pelo aumento da transmissão perinatal, já que quando há a existência de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) na gestação, grandes são as chances de complicações como aborto, parto prematuro, doenças congênitas ou morte do recém-nascido (BRASIL, 2018d).

Conforme Brasil (2018b, p. 7), a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) estabelece que os determinantes sociais de saúde possuem diversos fatores responsáveis por colocar a população suscetível a um risco de saúde, podendo ser citados fatores relacionados a etnia, psicológicos, econômicos e também fatores sociais.

O grupo de pessoas que apresentam uma maior vulnerabilidade em relação a HIV/AIDS no Brasil, consiste em “pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas trans, gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras do sexo e pessoas privadas de liberdade”, pois o seu acesso a serviços e programas de prevenção, diagnóstico e tratamento em IST é mais dificultado (BRASIL, 2018b, p. 7).

Dados de setores como a AIDS e Enfermagem Obstétrica vêm oferecendo informação atualizada sobre a doença, a assistência à mulher e ao recém-nascido portador ou suspeito de infecção pelo HIV. As DSTs ficam entre os problemas de saúde pública mais comum em todo o mundo, que passam a ter prioridade no âmbito da saúde, mesmo havendo estudos que indicam que aproximadamente 400 bebês de mães portadoras de HIV positivo deixaram de ser contaminados nos últimos dez anos (ROSSINI, 2017).

Portanto, o Sistema Único de Saúde (SUS) é responsável por oferecer gratuitamente toda assistência à gestante, fazendo acompanhamento através de consultas e exames para evitar complicações na gravidez e na hora do parto. Segundo o Brasil (2018), há 84 laboratórios da Rede Nacional de Laboratórios para Quantificação da Carga Viral do HIV, distribuídos em todo o país, que realizam

exames que diagnosticam a quantidade de vírus no sangue, visando acompanhar a evolução clínica para saber quando intervir e oferecer terapias com antirretrovirais.

O SUS também disponibiliza gratuitamente os medicamentos durante toda a gravidez e ao bebê após o nascimento. Toda assistência médica oferecida pelo SUS, ajuda a impedir que o vírus seja passado durante a gestação, parto ou aleitamento.

Segundo Rossini (2017), a AIDS matou 1 milhão de pessoas no Brasil, só em 2016. A capital paranaense, Curitiba, em dezembro recebeu o título da primeira cidade brasileira a eliminar a transmissão de HIV de mãe para filho.

O atendimento oferecido pelas unidades públicas de saúde precisa ser eficaz para impedir que as crianças recém-nascidas sejam infectadas com vírus AIDS/HIV pelas suas mães. Nesse encaminhamento, a presente pesquisa dedica-se a conhecer os serviços referentes ao acompanhamento de gestantes portadoras de HIV/AIDS na saúde pública do município de Joinville, a fim de impedir que as crianças recém-nascidas sejam contaminadas, já que as gestantes portadoras do vírus HIV requerem cuidados especiais durante toda a gestação pelo risco de complicações que podem ocorrer com ela e com o desenvolvimento do bebê.

A pesquisa será realizada através de dados coletados no período de agosto a outubro de 2018, no município de Joinville, Santa Catarina. Assim, o tema a ser investigado está diretamente relacionado a identificar quais são os serviços públicos ofertados às gestantes portadoras do vírus HIV no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville. Nesse sentido, serão mapeados quais os serviços ofertados e os programas de assistência às gestantes portadoras do vírus HIV no Sistema Único de Saúde e verificado se os mesmos atendem ou não totalmente a demanda do município de Joinville.

Dessa maneira será fundamental verificar os serviços que são preconizados pelo SUS no atendimento a essas gestantes e comparar com a realidade encontrada no município de Joinville durante o ano de 2018.

1.1 Justificativa

Essa pesquisa é relevante tanto para os profissionais da saúde, quanto para a comunidade joinvilense, que terá disponível informações da região e uma melhor

dimensão de como estão os serviços prestados em relação ao atendimento das gestantes portadoras de HIV.

As informações levantadas nesta pesquisa servirão para se obter, de maneira mais clara, as informações referentes ao atendimento de gestantes portadoras de HIV no município de Joinville e, posteriormente, poderá ser utilizado como um instrumento de informação e divulgação para a população, principalmente, através dos espaços disponibilizados em unidades de saúde. Pois são locais com grande circulação de pessoas de todos os níveis de escolaridade.

Segundo o Jornal A Notícia (2017) "em Joinville, nos últimos 12 meses, 600 pessoas foram diagnosticadas pelo Centro de Testagem e Aconselhamento da Secretaria Municipal de Saúde, o que significa um índice de 1,6 por dia". Esses dados ressaltam ainda mais a relevância de trabalhos que investigam essa realidade. Esses dados são alarmantes, pois coloca em jogo a vida de muitos bebês, que poderão nascer com problemas que os acompanharão durante a vida, sendo que há medidas a serem tomadas para evitar essa situação que são recomendadas pelo Ministério da Saúde, tais como oferecer gratuitamente toda assistência à gestante fazendo acompanhamento através de consultas e exames para evitar complicações na gravidez e na hora do parto, promovendo informações de prevenção.

No entanto, há de se considerar importantes dados apresentados pela Secretaria Municipal de Saúde no Relatório Anual de Gestão de 2017 e que geram o interesse em investigar essa questão pois, no referido ano, a Taxa de incidência de AIDS na população (por 100.000 hab) foi de 17,0, enquanto que a incidência do número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos foi zero. Essas informações ganham maior relevância diante do quadro nacional em que a taxa de detecção de gestantes com HIV no Brasil vem apresentando tendência de aumento nos últimos dez anos; em 2006, a taxa observada foi de 2,1 casos/1.000 nascidos vivos, a qual passou para 2,7 em 2015, indicando um aumento de 28,6%. A tendência de crescimento também é observada em todas as regiões do Brasil, exceto na região Sudeste, que permaneceu estável, com taxa de 2,2 casos/1.000 nascidos vivos em 2006 e 2,1 em 2015 (BRASIL,2017).

Um dos aspectos importantes que pode evitar a contaminação no bebê é fazer o acompanhamento pré-natal, tomar medicamentos recomendados pelo médico, fazer cesariana e não amamentar. Nesse contexto, se no ano de 2017 a incidência da Aids em crianças menores de 5 anos foi zero em Joinville pode estar diretamente relacionada a rede de ações e serviços desenvolvidos pelo município.

Dessa maneira este trabalho é de grande relevância, também, para a vida acadêmica das autoras, pois possibilita a aproximação com a realidade de um importante segmento da saúde pública, além de contribuir com informações importantes e que poderão ser compartilhadas no sentido de colaborar com a comunidade. Essa pesquisa se configura como um exercício essencial para a formação de gestoras hospitalares, pois proporciona uma relação direta da academia com a realidade vivenciada em nosso município.

1.2 Problema

Quais são as ações e os serviços prestados às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do vírus HIV desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Joinville/SC, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde, em 2018?

1.3 Objetivo geral

Conhecer quais são as ações e os serviços de assistência às gestantes com vírus HIV/AIDS que são preconizados pelo SUS e que são desenvolvidos no município de Joinville/SC, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde em 2018.

1.4 Objetivos específicos

1 - Identificar quais os serviços de atendimento às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do HIV que são desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Joinville/SC em 2018.

2 - Mapear a capacidade de atendimento dos serviços prestados às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do HIV que são desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Joinville/SC em 2018.

3 - Verificar se existe demanda reprimida para o acesso aos serviços às gestantes para diagnóstico, tratamento e acompanhamento do HIV que são desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Joinville/SC em 2018.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 As raízes do SUS

No período que antecede a Constituição Federal de 1988, a saúde no Brasil não era entendida como um direito do cidadão brasileiro. Apenas no século XX que o Estado começa a ter responsabilidade com a saúde. Já as legislações anteriores a de 1934 não eram relevantes no que diz respeito a área da saúde. A Constituição de 1988, por sua vez, apresenta o tema saúde, e outros Direitos Fundamentais e Sociais deram maior notoriedade ao tema saúde pública. Antes da criação do Sistema Único de Saúde, a saúde não era regulamentada e unificada, sua gestão era dispersa e fragmentada, assim como não abrangia toda a população como no contexto atual (STURZA, 2016).

A saúde pública no período do Brasil colônia, que durou de 1530 a 1822, era muito precária, tendo que lidar com muitas doenças infecciosas que assolavam as cidades da época e havia dificuldades para acabar com tais doenças, deixando a população a mercê de uma assistência à saúde muito precária. Nesse período as pessoas eram assistidas por poucos profissionais formados em medicina e que pertenciam à elite, mas esses médicos não atendiam a toda a população. O atendimento era voltado para a parcela da população com maior poder aquisitivo e que residia nos centros urbanos (SCOREL; TEIXEIRA, 2008).

É importante salientar que a população pobre e escrava era excluída do atendimento pelos médicos, por não poderem pagar, eles dependiam do atendimento prestado por curandeiros, pelas Santas Casas de Misericórdia, através da caridade das freiras, das instituições religiosas e, para aqueles que residiam nos grandes centros, podiam contar com as poucas instâncias oficiais de saúde que existiam naquele período (AVELAR, 2013).

Havia a preocupação com os portos, tendo em vista que, com a importação e exportação de insumos, as chances de sair e entrar doenças no país eram grandes e preocupantes. Mas, o combate a essas doenças não era eficiente, já que doenças como a lepra, em que a ação tomada era tão somente a de isolar o leproso e de inspecionar os navios, e não de tomar medidas para eliminar a doença em si e evitar

novas contaminações, ações que seriam de fato eficientes para a eliminação das doenças infecciosas quase não existiam (GALVÃO, 2018).

No entanto, no início do século XIX, a família real se muda para o Brasil trazendo diversas mudanças, como levar para os municípios, em 1828, as responsabilidades que eram da saúde pública, e o Serviço de Inspeção de Saúde dos Portos ficou sob responsabilidade do Ministério do Império, assim como, em 1850 foi criada a junta da Higiene Pública em decorrência dos casos de febre amarela no Rio de Janeiro (PAIM, 2013).

No período colonial foram criadas as instâncias públicas de saúde, cuja finalidade era fiscalizar quem praticava o exercício da medicina no Brasil, aplicando multa para os profissionais sem autorização e para quem se interessasse em exercer essa profissão e, também, era realizada a aplicação de exames. Todas essas medidas foram importantes para garantir salubridade na Corte (AVELAR, 2013).

No entanto, mesmo com as mudanças trazidas pela família real, as ações contra doenças infecciosas continuavam ineficientes. No império, segundo Paim (2013, p. 20), "diante de epidemias, a ação comunitária se organizava, no nível local, em comissões formadas a cada episódio de saúde relevante ou por intermédio da Câmara de Vereadores".

Na República Velha que durou de 1889 a 1930, havia "uma concepção liberal de Estado de que só cabia a este intervir nas situações em que o indivíduo sozinho ou a iniciativa privada não fosse capaz de responder". Logo, não eram comuns atitudes de prevenção por parte do Estado, a regra era agir só quando a situação estivesse fora de controle. Por isso, a situação sanitária da época era tão crítica, havendo muitas doenças infecciosas que se espalhavam pelas cidades e até atrapalhavam os negócios de exportação nos portos brasileiros. Os grupos sanitários da época tinham como objetivo acabar com as epidemias nos portos, mas suas ações não eram eficientes, pois não havia troca de informações do que era feito entre os grupos, sendo assim aconteciam repetições das ações e a não continuação do que era feito pelo grupo sanitário anterior (PAIM, 2013, p. 27-28).

Na época, um conjunto de médicos que demonstravam preocupação com a saúde no Brasil, realizou um movimento de ações sanitárias para atuar com mais

firmeza contra epidemias pontuais, como a febre amarela e a tuberculose. Foi então que a partir da Revolução de 1930, teve a criação do Ministério da Saúde que estabeleceu uma centralização das ações para o combate das epidemias. "No final da década de 1940 cerca de 80% dos recursos federais eram gastos em saúde pública e 20% com a assistência médica individual, em 1964 esta distribuição já era exatamente o contrário." (PAIM, 2013, p. 32).

"A revolução na saúde pública que se verificou após os anos 30, e principalmente após 1940, parecia fornecer a chave para a solução dos problemas da alta mortalidade nos países subdesenvolvidos" (IBGE,1999). Nessa época, em que estudos apontam que os gastos com a saúde pública eram maiores que os gastos com a assistência médica individual, nota-se que houve uma baixa no número de mortalidade infantil, assim como a diminuição por doenças infecciosas na população brasileira.

"Mesmo depois de instituído o Ministério da Saúde, em 1953, as intervenções sob a forma de campanhas persistiram em relação a doenças como malária, tuberculose e varíola". Já na "segunda metade da década de 1960, criou-se a modalidade de medicina de grupo, um tipo de empresa médica prestadora de serviços a grandes empresas, mediante pré-pagamento" (PAIM, 2013, p. 23).

Na década de 70, o acesso a saúde, era prestado aos trabalhadores com carteira assinada, assim como aos seus familiares, pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Já aqueles considerados "indigentes", que não possuíam carteira assinada, ou simplesmente não tinham como pagar por um médico, eram atendidos pelas Santas Casas, através da caridade das freiras (BRASIL, 2002).

Assim, "o INAMPS aplicava nos estados, através de suas Superintendências Regionais, recursos para a assistência à saúde de modo mais ou menos proporcional ao volume de recursos arrecadados e de beneficiários existente". Portanto,

quanto mais desenvolvida a economia do estado, com maior presença das relações formais de trabalho, maior o número de beneficiários e, conseqüentemente, maior a necessidade de recursos para garantir a assistência a essa população. Dessa forma, o INAMPS aplicava mais recursos nos estados das Regiões Sul e Sudeste, mais ricos, e nessas e em

outras regiões, em maior proporção nas cidades de maior porte (BRASIL, 2002, p.12).

Com esse sistema de prestação de serviço de saúde as regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, eram as regiões que recebiam menos investimento para a saúde, pois a relação de trabalhadores com a carteira assinada e a geração econômica nesses estados eram menores, logo, o repasse de recurso era inferior. Arouca (2003 apud SOUTO; OLIVEIRA, 2016, p. 205), constata que a Reforma Sanitária “constituiu-se no processo de amplas mobilizações da sociedade brasileira pela redemocratização. Expressou a indignação da sociedade frente às aviltantes desigualdades, a mercantilização da saúde.”

Descontentes com a situação da saúde, com a prestação de serviço deficitário e desigual entre os estados e com a corrupção, é que na década de 70, a população em conjunto com médicos, enfermeiros e sindicalistas iniciam a Reforma Sanitária, que "nasceu no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. A expressão foi usada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde."

Essas mudanças não abarcavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, introduzindo uma nova ideia na qual o resultado final era entendido como a melhoria das condições de vida da população. No início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica. Era um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. Em uma reunião na Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) em Brasília, esse grupo de pessoas, entre os quais estava Sergio Arouca, foi chamado de forma pejorativa de “partido sanitário” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018c).

O marco institucional inicial desse processo foi "a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Entre os políticos que se dedicaram a esta luta está o sanitarista Sergio Arouca" (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018).

Segundo Brasil (2002), antes da criação do Sistema Único de Saúde, o Ministério da Saúde, desenvolvia ações de promoção da saúde e prevenção de doenças com o apoio dos estados e municípios, com destaque para as campanhas de vacinação e controle de endemias. Sendo assim, uma “primeira e grande conquista do Movimento da Reforma Sanitária foi, em 1988, a definição na Constituição Federal (CF) relativa ao setor saúde" (BRASIL, 2002, p. 13).

2.2 Surgimento do SUS

E nesse cenário de movimentos populares e dos movimentos organizados pelos profissionais da área da saúde, que finalmente em 1988 acontece a promulgação da Constituição Federal, uma garantia de base sólida de que todos receberão serviços de saúde de forma gratuita e equânime. “As propostas da Reforma Sanitária resultaram, finalmente, na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018d).

Assim, é com a 8ª Conferência Nacional de Saúde que se pode ver 50% de usuários da saúde reunidos pela primeira vez em uma conferência nacional e, foi a partir dessa conferência que teve início o movimento pela emenda popular, sendo esta a primeira emenda constitucional que originou do movimento social (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018c).

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma conquista do povo brasileiro, garantido por meio da Lei nº. 8.080/1990. O SUS é o único sistema de saúde pública do mundo que atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem exclusivamente dele para qualquer atendimento de saúde. (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS, 2018).

Sob regulamentação constitucional, através da seção II Da Saúde dos artigos 196 a 200, no qual o artigo 196 já começa estabelecendo que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Conforme Souza (2018), o Sistema Único de Saúde (SUS) começou a ser implantado por meio de uma estratégia que buscou dar caráter universal à cobertura das ações de saúde, até então proporcionada pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social apenas para os seus beneficiários. Dessa maneira, foi instituído no país o SUS, “que passou a oferecer a todo cidadão brasileiro acesso integral, universal e gratuito a serviços de saúde” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018e).

De acordo com o Art. 198 da Constituição Federal, as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I– Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III– Participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nesse sentido Saútil (2018) afirma que, o Estado deve estabelecer ações desde a prevenção até a assistência curativa em todos os níveis de complexidade para que possa garantir o direito à saúde. Pois todos os cidadãos de maneira igual devem ter acesso aos serviços de saúde garantidos pelo Estado e dessa forma buscar a redução das desigualdades sociais e regionais.

Conforme Arantes et al. (2007 apud ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013), a participação popular e o controle social em saúde, dentre os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), destacam-se como de grande relevância social e política, pois no Brasil a comunidade tem possibilidade de envolver-se no processo decisório sobre políticas públicas e ao controle sobre a ação do Estado, em contraponto, dessa maneira ao controle social que foi “historicamente exercido pelo Estado sobre a sociedade durante muitos anos, na época da ditadura militar” (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

Segundo Sposati e Lobo et al. (2009 apud NUNES, 1992), após a constituição de 1988, as leis amparam a participação da população nas políticas de saúde e são defensoras dos direitos sociais. A democratização buscou eliminar as formas autoritárias e tradicionais de gestão das Políticas Sociais, através de práticas transparentes das informações e participação do processo decisório.

Para Fundação Oswaldo Cruz (2018b), “a Constituição Federal de 1988 determina que as três esferas de governo – federal, estadual e municipal – financiem o Sistema Único de Saúde (SUS), gerando receita necessária para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde”. O financiamento do SUS provém dos tributos que a sociedade destina ao Estado ou poder público, esses tributos podem ser divididos em impostos e contribuições (PAIM, 2013, p. 93).

De acordo com Ocké-Reis (2012), no conjunto das políticas sociais o financiamento da saúde tem sido um dos principais eixos de luta dos partidos progressistas, dos movimentos sociais, dos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Conselho Nacional de Saúde (CNS), tendo como ponto de partida as disposições transitórias da Constituição Federal (CF), promulgada em 1988, segundo as quais o mínimo de 30% do orçamento de Seguridade Social (OSS) seria destinado ao setor de saúde, excluindo o seguro desemprego, até que fosse aprovada a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO).

“O estabelecimento das fontes de recursos para custear as despesas com ações e serviços públicos de saúde atende a um dos pilares da "Seguridade Social", fazendo valer o direito de acesso da população” (BRASIL, 2018j). De acordo com a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, o Art. 31. estabelece:

O orçamento da seguridade social destinará ao Sistema Único de Saúde (SUS) de acordo com a receita estimada, os recursos necessários à realização de suas finalidades, previstos em proposta elaborada pela sua direção nacional, com a participação dos órgãos da Previdência Social e da Assistência Social, tendo em vista as metas e prioridades estabelecidas na Lei de Diretrizes Orçamentárias (BRASIL, 2018a).

De acordo com BRASIL (2018j), para garantir tanto o acesso da população como o financiamento do SUS foi criado Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS), sistema possibilita o acompanhamento e monitoramento da aplicação de recursos em saúde, no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, sem prejuízo das atribuições próprias dos Poderes Legislativos e dos Tribunais de Contas. "A única contribuição social que não fez parte do financiamento dos gastos destinados ao setor da saúde foi aquela oriunda dos programas de proteção ao trabalhador" (OCKÉ-REIS, 2012).

O Sistema Único de Saúde é um dos maiores planos de saúde pública do mundo, é um sistema complexo que envolve a atuação e envolvimento de diversas instituições, sejam elas públicas ou privadas. Logo, esse sistema conta, por exemplo, com a participação de hospitais da rede pública, como também de hospitais da rede privada, que atendem as pessoas por planos de saúde e uma parcela de seu atendimento também é destinado ao atendimento de pacientes pelo SUS mediante repasse financeiro (PAIM, 2013).

Conta com uma equipe multidisciplinar, seja ela atuando como prestador de serviço direto à população, como, por exemplo, os médicos, enfermeiros, farmacêuticos, radiologistas e entre muitos outros, como pela prestação de serviço indireta, prestada por secretários da saúde, gestores, administradores, entre outros. "O SUS beneficia cerca de 180 milhões de brasileiros e realiza por ano cerca de 2,8 bilhões de atendimentos, desde procedimentos ambulatoriais simples a atendimentos de alta complexidade, como transplantes de órgãos." (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018e).

2.3 Cenário atual do SUS: principais desafios

O Sistema Único de Saúde é marcado por desafios que remetem a sua antecedência, até chegar nesse sistema de saúde que conhecemos hoje foi preciso que a população lutasse pela saúde através dos movimentos sociais. "No Brasil, a categoria movimento social foi referenciada aos movimentos de reivindicações e de lutas urbanas nos anos de 1970, limitados a determinados grupos que pressionavam o Estado a cumprir suas tarefas no campo social" (SANTOS, 2013, p. 234).

"Desde a década de 1970, nos mais diversos recantos da nação, milhares de grupos, movimentos e pessoas têm lutado para melhorar as condições de saúde da população, enfrentando interesses econômicos e políticos muito poderosos"(TOLEDO; SABROZA, 2013, p. 3). Movimentos como "o projeto da reforma sanitária defendem os princípios do SUS como a universalidade, a integralidade e a participação social", iniciada pela categoria médica e pela união dos profissionais da saúde, para que, então, com a Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, que "integra a saúde, a previdência e a assistência social ao tripé da Política de Seguridade Social", fosse criado o que temos hoje, o SUS (SANTOS, 2013, p. 237).

Mas isso não significa que não há barreiras a serem superadas. Existem, por exemplo, desafios no âmbito das políticas sociais, em que boa parte do que está previsto em lei ainda não está sendo cumprida, já que há diversos fatores para que tais medidas legais não estejam sendo implementadas, como a resistência por parte de políticos que postergam a aprovação de tais medidas, pela dificuldade de

implementá-las, ou por resistência e despreparo por parte dos profissionais e das instituições de saúde (LOBATO, 2012, p. 33).

Os desafios que o Sistema Único de Saúde enfrenta para a sua descentralização, por exemplo, ainda são recorrentes, ao passo que o processo para a regionalização das ações e dos serviços de saúde ainda confronta-se com dificuldades as mudanças recorrentes no cenário político, econômico e institucional exterior a área da saúde, assim como a ação política interna e as regras da descentralização, bem como os recursos financeiros estabelecidos pelo Ministério da Saúde (MOREIRA; RIBEIRO; OUVENEY, 2017, p. 1100).

Como vivemos em um dos maiores países do mundo em tamanho continental, temos que lidar com diversas diferenças regionais marcantes e na atenção à saúde, sendo assim é preciso ter a regulamentação da saúde para oferecer meios para diminuir essas diferenças e iniquidades na oferta dos serviços prestados à população (BARBOSA; BARBOSA; NAJBERG, 2016, p. 3).

As disparidades regionais são refletidas na área financeira, na gestão e no controle social. "Os gestores têm papel cada vez mais relevante nos sistemas, porque é deles a função de relacionamento com os prestadores, sejam instituições públicas, profissionais ou empresas". E por ter que se relacionar com os stakeholders fazendo uma articulação de cumprir o planejamento traçado com essas instituições, que o que foi planejado pode não ser de fato cumprido, pois os agentes do macroambiente não se têm como controlar (LOBATO, 2012, p. 60).

Isto torna a gestão um setor complexo e desafiante para a saúde pública, pois é preciso lidar com agentes políticos para realização de negociações, assim como lidar com movimentos sociais para estabelecer uma ligação direta das necessidades da população com o que é ofertado na saúde pública. Conforme Lobato (2012, p. 44), os recursos financeiros são importantes para se oferecer serviços de saúde de qualidade à população, sem esse recurso atingir os objetivos em saúde se tornam mais complicados.

Mas o financiamento que é destinado ao SUS no Brasil é desigual, ao passo que se destina mais gastos ao setor privado do que com o setor de saúde pública, sendo o único país a gerenciar seus recursos financeiros dessa forma, em

comparação com países que também adotam um modelo de sistema de saúde universal (BATALHA, 2018).

Com relação ao gasto em saúde por habitante é importante compreender que "para 15 países que implementam sistemas públicos de saúde de qualidade e universais, a média é de 2.530 dólares públicos por habitante ao ano, enquanto no Brasil estamos com 385" (SANTOS, 2012, p. 12). Segundo World Bank, "aumentar a eficiência e efetividade na utilização dos recursos de saúde para conter a escala dos custos talvez seja o maior desafio enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro" (2012, p.28, apud Ocké-Reis, 2007)

Mas há um subfinanciamento do SUS que é um processo que começou em 1993, com a revogação da contribuição previdenciária, em 1996 com a criação da CPMF, e em 2000 com o cálculo da parcela federal com base na alteração do PIB (SANTOS, 2012, p. 11). Conforme Associação Brasileira de Nutrição (2016), "o subfinanciamento crônico do SUS tem sido um dos principais fatores que impedem o pleno cumprimento do princípio de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado" estabelecido na Constituição Federal".

Já com relação à situação específica da AIDS, tema central deste estudo, o desafio para a implementação do SUS são os desafios culturais em que se nota jovens da atualidade mais despreocupados com essa doença. Segundo UOL (2017) "a taxa de jovens infectados pelo HIV cresceu nos últimos anos, enquanto outras faixas de idades veem a diminuição desse número".

Percebe-se que, antigamente, era considerada uma doença grave e uma sentença de morte, mas com a evolução da medicina para prover melhor qualidade de vida aos portadores, a juventude atual passa a ter uma posição mais irresponsável. "Hoje, é possível manter um ritmo normal mesmo convivendo com o vírus. A imagem do infectado magro e calvo de filmes como "Filadélfia", de 1995, e o mais recente "Clube de Compras Dallas", de 2013, é quase passado" (UOL, 2017).

Porém, mesmo na era da informação tendo a sua disposição por meio da internet informações sobre a gravidade da doença e como precaver-se, o número de jovens só cresce. Segundo dados de Brasil (2018), o perfil da epidemia em homens é que jovens de até 29 anos o número de infectados por HIV/AIDS vêm aumentando e em homens de 30 a 59 anos o número de infectados vem diminuindo. O índice de

mulheres infectadas com HIV/AIDS vem crescendo em jovens de 15 a 19 anos, assim como em mulheres com mais de 60 anos.

Um desafio importante e que está ocorrendo de maneira acelerada em comparação com os países desenvolvidos, é a transição demográfica, em que o número de jovens está diminuindo a maneira que o número de pessoas idosas está aumentando, assim como o perfil de adoecimento passando de doenças infecciosas e parasitárias para doenças degenerativas e crônicas. "A população brasileira, assim como a da América Latina e Caribe, vêm sofrendo, nas últimas cinco décadas, transmissões decorrentes de mudanças nos níveis de mortalidade e fecundidade, em ritmos nunca vistos anteriormente" (LEBRÃO, 2007, p. 136).

Com o início da "queda da mortalidade na década de 1940, quando algumas causas de óbito mais facilmente evitáveis - em particular, as do grupo de doenças infecciosas e parasitárias - começam a diminuir de modo acentuado" (MONTEIRO, p. 189). Com essas mudanças será preciso uma melhor preparação por parte do Sistema Único de Saúde, para se adequar aos gastos com medicamentos que são ofertados a população mais idosa que carece de remédios para doenças crônicas, o que é comum para essa fase da vida atualmente. Segundo o chefe de gabinete da Anvisa, o Estado terá um aumento no número de decisões judiciais o obrigando a arcar financeiramente com medicamentos e que foi gasto R\$ 1 bilhão por ano com os dez medicamentos mais requisitados através da Justiça brasileira nos anos de 2015 e em 2016 (CRUZ, 2017).

Outro desafio constatado diz respeito aos recursos humanos para a implementação do SUS que são de fundamental importância e têm um grande poder de influência, como os enfermeiros, que se estiverem desmotivados podem acabar prestando um atendimento desprovido de qualidade, o que é percebido através de comentários na televisão, em conversas com a família ou amigos. "Apesar de sua extrema importância, o enfermeiro sofre com as condições de trabalho que lhes são oferecidas. Tais condições são muitas vezes oferecidas de forma precária, prejudicando, assim o seu trabalho e desmotivando os profissionais" (DIAS; BARCELLOS; DIAS, [20-], p. 461).

"Apesar de muito se ter se falado de "humanização hospitalar", não é o que se constata na realidade dos hospitais existentes no país. Isso, tanto no âmbito público

como o privado". Sendo assim é preciso desenvolver estratégias para oferecer cursos de aperfeiçoamento aos profissionais, e não somente cursos voltados para a atuação técnica, mas principalmente oferecer medidas estratégicas para uma atuação mais humanizada do atendimento desses profissionais, pois como pode ser percebido através de matérias de jornais, o atendimento humanizado é muitas vezes negligenciado, tornando um importante desafio a ser tratado pelo Sistema Único de Saúde (DIAS; BARCELLOS; DIAS, [20-], p. 465).

Dado que, lidar com pessoas é algo complexo, mesmo havendo medidas para melhorar a prestação de serviço sempre haverá impedimentos e barreiras para a prestação de um serviço de qualidade. E é por isso que é necessário pensar em ações para estar sempre se desenvolvendo e melhorando.

Levando em consideração o que foi abordado sobre recurso humano, ela é considerada uma área "complexa do SUS, recolocando a necessidade de um resgate da gestão do trabalho em saúde como política pública e igualmente a necessidade de valorização profissional e da regulação das relações de trabalho" (VIEIRA, 2009).

O SUS é marcado pela luta, e há ainda a carência do engajamento da população para ampliar ainda mais a oferta de serviços na saúde pública, da qual mesmo tendo ampliado a sua gama de serviços com o passar dos anos, ainda existe a necessidade do seu aprimoramento, da sua expansão e de sua acessibilidade à população, que para ter um atendimento médico ou para realizar uma cirurgia precisa esperar em longas filas que na maioria das vezes, no caso das cirurgias, leva anos para ser realizada (SOUZA, 2007).

Nos últimos anos, o SUS ampliou seus serviços, mas ainda é marcado pela baixa oferta e na baixa qualidade da prestação de serviço por parte dos profissionais, necessitando de uma estratégia, que em conjunto com o engajamento da população, possa ampliar os seus serviços e melhorá-lo (SOUZA, 2007, p. 912).

E esse melhoramento é demandado desde a atenção básica à saúde, como aos hospitais que lidam com dificuldades de urgência e emergência e os serviços prestados a pessoas com doenças crônicas, oncológicas, geriátricas e de obstetrícia, por exemplo. Mesmo assim, há programas que veem sendo melhorados e alcançando bons resultados. "Ao longo das últimas décadas, o Brasil tem

conquistado resultados importantes para proteger e promover a saúde materna e infantil, principalmente nas taxas de aleitamento materno" (BRASIL, 2012, p. 50).

2.4 Diferença entre AIDS e HIV

"Inicialmente é necessário diferenciar a presença do vírus HIV e AIDS. Toda pessoa que tem AIDS é portadora do vírus HIV, porém nem todos que tem vírus HIV possuem AIDS" (GHANEM LABORATÓRIO E SAÚDE, 2018).

"A AIDS é uma doença crônica, grave, estágio final da infecção por um retrovírus, o HIV, que leva à destruição do sistema imunológico e ao surgimento de infecções oportunistas e neoplasias" (CAMARGO JUNIOR, 1994).

"A AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV, que ataca as células responsáveis pela defesa do organismo, deixando a pessoa mais vulnerável a doenças oportunistas. A AIDS não tem cura, mas tem tratamento" (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2018a).

Segundo Delpintor (2018), no período inicial da infecção com o HIV a pessoa desenvolve um processo infeccioso, com sintomas semelhantes de gripe, pode também passar um longo período assintomático. De acordo com Ghanem Laboratório e Saúde (2018), os sintomas desaparecem espontaneamente e o paciente torna-se portador do vírus HIV. Pode permanecer assim por muitos anos, sem nenhum sintoma e à medida que a doença vai progredindo ela interfere no sistema imunológico, tornando a pessoa mais vulnerável a outras doenças.

"Além das infecções e das manifestações não infecciosas, o HIV pode causar doenças por dano direto a certos órgãos ou por processos inflamatórios" (BRASIL, 2015).

O HIV é um retrovírus formado por RNA, a partir do momento que entra na célula, precisa produzir DNA para que possa incorporar seu material ao DNA da nossa célula. Por isso o termo retro, pois faz o processo ao contrário (de RNA para DNA) (GHANEM LABORATÓRIO E SAÚDE, 2018).

Conforme Diretoria de Vigilância Epidemiológica (2018), a progressão do HIV divide-se em três estágios: Infecção aguda, latência e AIDS, sendo que, o primeiro é a infecção aguda, que geralmente inicia de 2 a 4 semanas após a contaminação, a

pessoa infectada pode sentir mal-estar, com sintomas semelhantes aos de um quadro gripal ou viral, como não são sintomas específicos não é reconhecido como sinais de infecção por HIV. Porém, no decorrer desse período uma grande quantidade de HIV é produzida no corpo, o vírus usa células importantes do sistema imunológico (linfócitos CD4), para replicar suas próprias cópias. Nesse processo, a capacidade do indivíduo transmitir o HIV é maior devido à grande quantidade de vírus (carga viral) na corrente sanguínea.

O segundo é a latência clínica conhecido como infecção assintomática pelo HIV ou infecção crônica. Ao longo desse período, a pessoa infectada pode não apresentar sintomas e nem adoecer. Ela faz o tratamento com o antirretroviral (TARV), o risco pode diminuir, mas ainda é capaz de transmitir o vírus HIV.

O terceiro estágio da infecção pelo HIV é bem crítico, pois o paciente torna-se vulnerável as infecções relacionadas ao vírus devido seu sistema imunológico está comprometido. Quando a contagem de células CD4 cai abaixo de 350 células/mm³ paciente pode adquirir a AIDS, mesmo não apresentando sintomas da doença. Além disso ele pode desenvolver outras doenças oportunistas independente da contagem de CD4.

Em Joinville, estudos relatam que a taxa de incidência de AIDS na população por 100.000 habitantes foi de 17,0% no ano de 2017. A justificativa para tal número é que os serviços que são ofertados na cidade "vem ampliando a captação precoce dos pacientes portadores de HIV, conforme preconiza o Ministério da Saúde." Ou seja, com um serviço atuante já nos primeiros sinais da doença, é possível identificar e tratar as pessoas acometidas por essa doença e por isso apresenta um número alto na população joinvilense (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, 2018b, p. 73).

Essa ação permite tratar a população de Joinville de modo que o aparecimento da AIDS nas pessoas que foram infectadas pelo vírus HIV demore a aparecer, pois assim que o resultado positivo do HIV é confirmado já é iniciado o tratamento adequado, resultando em um maior aparecimento de casos de HIV e menos casos de AIDS (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, 2018a, p. 73).

Há medidas para o tratamento do vírus HIV onde se utiliza a profilaxia pós-exposição (PEP) ao paciente infectado pelo vírus HIV, que "é uma medida de

prevenção à infecção pelo HIV que consiste no uso de medicação em até 72 horas após qualquer situação em que exista risco de contato com o HIV.” Medidas como essa ajudam a tratar uma pessoa que foi exposta ao vírus (BRASIL, 2018l).

Mas a profilaxia pós-exposição não exclui o uso da camisinha, pois é um medicamento antirretroviral que tem como finalidade evitar a sobrevivência do vírus HIV, sendo indicado para uso nas primeiras duas horas e no máximo 72 horas da exposição que o indivíduo teve com o vírus, além de um acompanhamento por uma equipe de saúde durante 90 dias (BRASIL, 2018l).

Com relação ao número de casos novos de AIDS em menores de 5 anos no ano de 2017, o município de Joinville não apresentou nenhum caso de transmissão vertical “isso se deve ao acompanhamento específico preconizado pelo Programa Nacional aplicado às usuárias da Unidade Sanitária e Maternidade Darcy Vargas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE, 2018b, p. 83).

2.5 O contexto das mulheres gestantes portadoras de HIV/AIDS no Brasil

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é uma doença que se manifesta através do vírus HIV (vírus da imunodeficiência humana), que consegue destruir as defesas do organismo deixando a pessoa frágil, com baixa imunidade e facilidade de adquirir outras doenças (BRASIL, 2018d).

Sendo assim, AIDS/HIV é um grande problema de saúde pública e continua crescendo de forma muito rápida. Os casos de AIDS em mulheres são preocupantes principalmente naquelas que se encontram em idade fértil, devido à possibilidade de transmitirem a doença ao bebê durante a gravidez, parto ou aleitamento materno (GONÇALVES; PICCININI, 2007).

De acordo com o Brasil (2001) a transmissão de mãe para filho é conhecida como transmissão vertical do HIV. Toda gestante deve ser orientada a fazer o teste para o vírus da AIDS, mesmo sabendo que não tenha o risco identificado, porque muitas mulheres não sabem se estão ou se estiveram em situação de risco.

A vantagem em fazer o teste do HIV no pré-natal é porque quando a gestante descobre que é portadora da doença, ela pode iniciar logo o controle da doença,

tendo acompanhamento especial, evitando complicações na gravidez e na hora do parto (BRASIL, 2001).

A avaliação inicial de uma pessoa recém-diagnosticada com a infecção pelo HIV visa estabelecer uma relação efetiva entre o médico e a paciente, a fim de avaliar o nível de conhecimento do paciente sobre a doença e fornecer informações e acompanhamento clínico laboratorial e da terapia, contribuindo para a adesão ao seguimento e ao tratamento (BRASIL, 2010).

No caso das gestantes a avaliação inicial é através de exames laboratoriais no primeiro trimestre que tem como objetivo identificar na gestante todos os fatores que possam interferir na gravidez, avaliando a situação imunológica e verificando se existe virologia. Há uma complexidade maior quando a mãe vive com HIV, uma doença estigmatizante, passível de ser transmitida ao bebê, e que depende de rigorosa adesão ao tratamento (2010 apud FARIA; PICCININI, 2015).

"A primeira maior tensão psicossocial que o paciente apresenta é com relação ao diagnóstico. A ansiedade inicial frente a incerteza do diagnóstico se agrava quando este é confirmado". O diagnóstico do HIV é considerado um caso de choque emocional, caracterizado por sentimentos negativos, fazendo com que a pessoa se sinta extremamente depressiva e vulnerável. Em vista disso é comum que a pessoa portadora do vírus HIV esconda o diagnóstico por vergonha, medo e preconceito da sociedade (MARIN; PAIVA; BARROS, 1991, p. 12).

Para Marin, Paiva e Barros (1991), a comunicação do diagnóstico acarreta na paciente o conhecimento e a consciência que é possuidora de uma doença letal com potencial para uma rápida evolução a morte.

Apesar da AIDS ser uma doença incurável, os avanços científicos referente ao tratamento medicamentoso com a terapia antirretroviral conferiram significativos benefícios no aumento de expectativa de vida dos portadores do HIV/AIDS, passando a se configurar como doença crônica (REIS; GIR, 2005, p. 02).

Segundo Brasil (2010), o impacto do resultado positivo costuma ser intenso para gestante quanto para o profissional. Portanto é fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional e explicar as alternativas de tratamento para mãe e a possibilidade de evitar a infecção do bebê.

É importante ressaltar o sigilo do resultado e lembrar que o fato deste ser positivo não significa a morte. As gestantes portadoras do vírus HIV requerem cuidados especiais durante a gestação pelo maior risco de complicações que podem ocorrer com ela e com o desenvolvimento do bebê.

O uso do AZT diminuiu o risco de o bebê nascer com o vírus do HIV, se a mãe for medicada durante a gravidez e no parto os riscos são reduzidos. Esse risco também é diminuído quando esse bebê recebe o AZT solução oral (xarope), nas primeiras horas do nascimento até a sexta semana de vida e não sendo amamentado no peito. “O AZT é uma medicação que controla a multiplicação do vírus da AIDS. Toda gestante HIV positiva e seu bebê tem o direito a esse remédio gratuitamente nos serviços da rede pública de saúde” (BRASIL, 2001, p. 72).

Um dos aspectos importantes que pode evitar a contaminação no bebê é fazer o acompanhamento pré-natal, tomar os medicamentos indicados pelo médico, fazer cesariana e não amamentar. De acordo com a Lei nº 9.313, de novembro de 1996, é garantido aos portadores do vírus HIV a distribuição gratuita de todos os medicamentos necessários para o tratamento pelo Sistema Único de Saúde.

Conforme Cartaxo et al. (2013), o conjunto das ações implantadas e desenvolvidas tem favorecido uma maior concentração e tendência à estabilização da AIDS, que se refere ao tratamento dos pacientes soropositivos, a distribuição gratuita de medicamentos tem possibilitado uma maior sobrevida e uma melhor qualidade de vida. A disponibilidade desses medicamentos gratuitos está relacionada as campanhas desenvolvidas mundialmente, oferecendo uma qualidade de vida melhor aos portadores do HIV/AIDS através dos investimentos.

2.6 O que o SUS preconiza no atendimento a gestante portadora de HIV/AIDS

Segundo Brasil (2007), a transmissão vertical do HIV é um desafio na saúde pública que necessita ser enfrentado pelas políticas de saúde do Brasil. É necessário a ampliação do “Projeto Nascer – Maternidades”, para que todas as maternidades do Brasil tenham condições de atendimento à gestante portadora de

HIV e seu recém-nascido, e a ampliação do diagnóstico e atenção a essa mulher, principalmente durante o pré-natal.

O Programa Nacional de DST e AIDS vem fortalecendo parcerias e ajustando processos para incrementar o diagnóstico precoce e propiciar as intervenções necessárias para a prevenção. Por isso, é imprescindível o desenvolvimento de um trabalho conjunto com outros ministérios, estados, municípios, organizações não-governamentais, sociedades científicas, entidades de classe e outras instituições envolvidas com o tema, para o aprofundamento dessas ações (BRASIL, 2007).

Conforme Brasil (2014), a “Rede Cegonha”, foi uma estratégia lançada pelo Governo Federal em 2011, visa assegurar à mulher e criança o direito à atenção humanizada durante o pré-natal, parto/nascimento, puerpério e atenção infantil em todos os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS).

Acredita-se que os indicadores de HIV na gestante podem ser melhorados com a implantação das ações propostas na Rede Cegonha, o teste rápido é uma estratégia que pode qualificar o atendimento à gestante proporcionando resultados em tempo hábil (em média 30 minutos), bem como agilizar a adoção das medidas necessárias para a prevenção da Transmissão Vertical. (LOPES et al., 2015).

Segundo Unicef (2008), o teste anti-HIV faz parte de um pré-natal de qualidade, que é um direito de toda gestante. É importante que as gestantes façam o teste anti-HIV durante o pré-natal. Mas caso a gestante não tenha feito o teste anti-HIV no pré-natal, o ideal é fazer teste rápido na hora do parto, para poder prevenir a transmissão da doença para o bebê. De acordo com os protocolos e normas nacionais, o teste deve ser oferecido à gestante no momento do aconselhamento, e ela tem o direito de se negar à realização do teste. Portanto, a responsabilidade do município é oferecer o teste a todas as gestantes com o aconselhamento de qualidade antes e depois do teste.

De acordo com Brasil (2017), no Brasil no período de 2000 até junho de 2017, foram notificadas 108.134 gestantes infectadas com HIV, sendo assim:

Verificou-se que 39,1% das gestantes residiam na região Sudeste, seguida pelas regiões Sul (30,6%), Nordeste (16,8%), Norte (7,8%) e Centro-Oeste (5,8%). Em 2016, foram identificadas 7.823 gestantes no Brasil, sendo 30,9% na região Sudeste, 29,2% no Sul, 21,9% no Nordeste, 12,1% no Norte e 5,9% no Centro-Oeste. A taxa de detecção de gestantes com HIV

no Brasil vem apresentando uma pequena tendência de aumento nos últimos anos, em grande parte devida ao grande incremento de testes rápidos distribuídos pela Rede Cegonha (BRASIL, 2017).

As crianças expostas ao HIV poderão ser infectadas durante a gestação, no parto ou pela amamentação. E grande parte dos bebês que nascem com o vírus da AIDS e não recebem acompanhamento morrem antes de completar um ano. “Os procedimentos para evitar a transmissão vertical do HIV devem estar incorporados à atenção básica para gestantes” (UNICEF, 2008).

“A prática do aconselhamento desempenha um papel importante no diagnóstico da infecção pelo HIV e outras DST, bem como na qualidade da atenção à saúde” (BRASIL, 2007).

Para Lima et al. (2016), o medo de preconceito e discriminação traz um sentimento de vergonha em procurar o serviço de saúde, diante disso, é importante que as equipes de saúde desenvolvam estratégias que possam sensibilizar a população sobre a necessidade de realizar os testes e o acompanhamento da gestante para evitar a transmissão vertical.

Conforme Brasil (2007), o aconselhamento necessita cuidar dos aspectos emocionais, porém é uma estratégia que se insere em vários momentos do atendimento, inclusive no pré-natal e no parto, mas também contribui para a promoção da atenção integral, possibilitando avaliar vulnerabilidades e riscos com a consideração das especificidades de cada usuário ou segmento populacional.

“O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal” (PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA, 2015). Dessa forma, “a mulher soropositiva pode ter uma gravidez tranquila e segura, com baixo risco de infecção para o bebê, desde que faça o acompanhamento médico adequado e siga as orientações clínicas” (PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA, 2016b).

2.7 Rede Cegonha

A Rede Cegonha é um pacote de ações para garantir o atendimento de qualidade, seguro e humanizado para todas as mulheres pelo SUS e procura oferecer assistência desde o planejamento familiar (BRASIL, 2013).

“A Rede Cegonha iniciou o atendimento às futuras mães pela Amazônia e pela região Nordeste, que registram a maior taxa de mortalidade infantil e materna do País” (BRASIL, 2011).

De acordo com Brasil (2018i), uma das inovações do programa em relação aos serviços oferecidos atualmente é atuação do governo federal junto aos estados e municípios, para que haja maior comprometimento com a mudança das práticas. A Rede Cegonha prevê ainda a qualificação dos profissionais de saúde responsáveis pelo atendimento às mulheres para humanizar o nascimento.

De acordo com Brasil (2018i), essa estratégia do Ministério da Saúde propõe uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito do planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gravidez, o parto e o pós-parto, e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A Rede Cegonha tem como princípios: o respeito, à proteção e a realização dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; o enfoque de gênero; a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a participação e a mobilização social; e a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados (BRASIL, 2011).

“A Rede Cegonha tem como objetivo garantir o acolhimento, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade do pré-natal” (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2017).

Os objetivos da Rede Cegonha são: incentivar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança focando na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses; organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

“A Rede Cegonha é estruturada a partir de quatro componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico que refere-se ao transporte sanitário e regulação” (BRASIL, 2013).

As ações dos componentes da Rede Cegonha são: realizar o pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção; acolher as gestantes com intercorrências, avaliando e classificando o risco e vulnerabilidade; oportunizar o acesso ao pré-natal de alto de risco e realizar todos os exames de pré-natal em tempo hábil; vincular a gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto; qualificar o sistema e da gestão da informação; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; realizar a prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e apoiar às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto (BRASIL, 2011).

O componente parto e nascimento desempenham práticas direcionadas a suficiência de leitos obstétricos e neonatais envolvendo a Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) e Método Canguru, onde o bebê prematuro é colocado em contato pele a pele com sua mãe ou com seu pai e permite que os pais tenham uma maior participação nos cuidados neonatais; ambiência das maternidades orientadas pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 36/2008 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA); práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas, nos termos do documento da Organização Mundial da Saúde, de 1996: "Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento"; garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato; realização de acolhimento com classificação de risco nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado nos serviços de atenção obstétrica e neonatal; e estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de co-gestão tratados na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2011).

O componente puerpério e atenção integral à saúde da criança referem-se: ao aleitamento materno e da alimentação complementar saudável; acompanhamento

pós parto e da criança na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento; busca ativa de crianças vulneráveis; implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva; prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2011).

O sistema logístico transporte sanitário e regulação desenvolvem nas situações de urgência, do acesso ao transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU Cegonha, cujas ambulâncias de suporte avançado devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais; implantação do modelo "Vaga Sempre", com a elaboração e a implementação do plano de vinculação da gestante ao local de ocorrência do parto; e implantação e/ou implementação da regulação de leitos obstétricos e neonatais, assim como a regulação de urgências e a regulação ambulatorial (consultas e exames) (BRASIL, 2011).

3. METODOLOGIA

Segundo Gil (1989), o objetivo basilar da ciência é o de verificar os fatos, e isso é uma qualidade comum em outros tipos de conhecimento, o que realmente distância o conhecimento científico das outras formas de conhecimento é a sua qualidade de investigar um fato para poder chegar a uma verdade.

E como mecanismo de investigação, a ciência se utiliza do método científico, sendo que para Minayo (2000, p. 16) "a metodologia deve dispor de um instrumental claro, coerente, elaborado, capaz de encaminhar os impasses teóricos para o desafio da prática".

3.1 Tipo de pesquisa

O presente estudo pode ser classificado como:

Quanto à natureza: caracteriza-se como aplicada, já que levantou-se informações acerca do atendimento a gestantes soropositivas em Joinville/Sc e que poderão ser utilizadas para a elaboração de novas práticas e pesquisas. De acordo com Gerhardt e Silveira (p. 35, 2009) "objetiva gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigidos à solução de problemas específicos. Envolve verdades e interesses locais."

Quanto à abordagem: apresenta-se como Qualitativa, ou seja, que "não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc" (GERHARDT; SILVEIRA, p.31, 2009).

Quanto aos objetivos: define-se como descritiva, já que os estudos descritivos têm como foco principal o conhecimento daquilo que se pesquisa, com base em diversas informações, como as características e os problemas enfrentados por uma determinada realidade pesquisada (TRIVIÑOS, 1987).

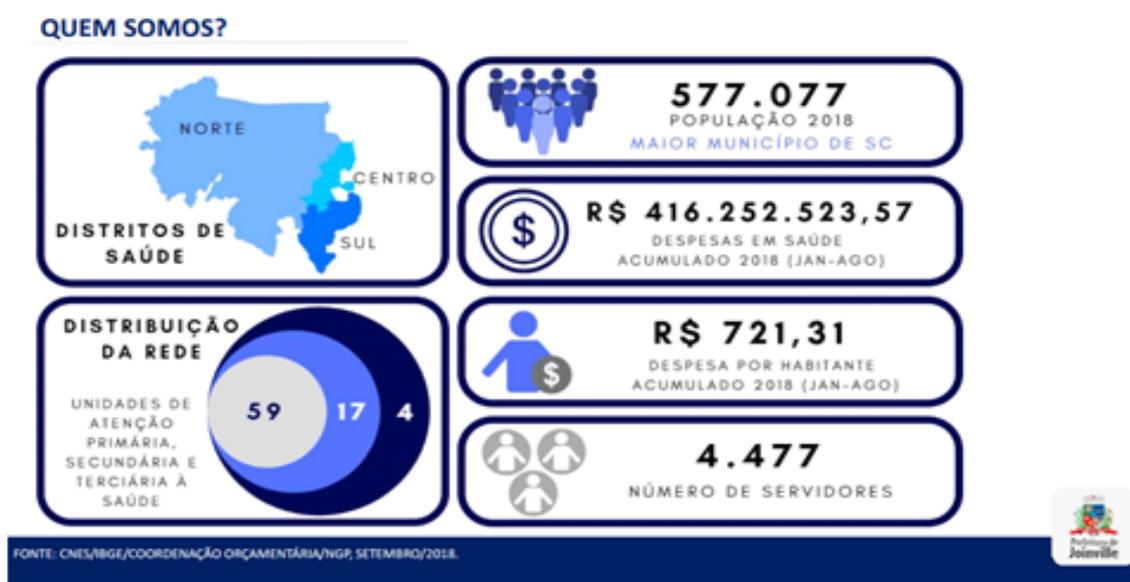
Quanto aos procedimentos: configura-se como Estudo de Caso que, conforme definição de Triviños (1987), é uma pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente. Tendo como objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade. Nesse encaminhamento, será realizada uma descrição dos serviços

oferecidos às gestantes portadoras de HIV/AIDS no contexto do município de Joinville/SC.

3.2- Locus da Pesquisa

O município estudado segundo o IBGE (2014) está referenciado no norte do estado de Santa Catarina e conta com uma população estimada de 577077 habitantes, destes, 259.535 são mulheres. É a quinta colocada no estado em IDH (índice de desenvolvimento humano, conta com 120 unidades de saúde SUS. Segundo o relatório de Prestação de Contas da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville (2018), a cidade é dividida em 3 distritos que ainda se dividem em 59 Unidades Básicas de Saúde, além de 17 unidades de atendimento especializado e quatro de referência para a alta complexidade no que é referente à área da saúde. A regionalização dentro do município atende umas das premissas básicas da utilização do SUS, que é a descentralização máxima da aparelhagem do Estado deixando a cargo dos gestores municipais e estaduais a análise e solicitação dos repasses para os vários fins que, como vimos, têm perfis muito diferentes em uma mesma macrorregião. O mapa mais atualizado das atividades da saúde em Joinville pode ser conferido na figura 1 a seguir:

Figura 1: Mapa da saúde de Joinville 2018.



Fonte: (JOINVILLE, 2018)

Nesse sentido, é relevante destacar que a Secretaria da Saúde – SES é um órgão da Administração Direta do Município de Joinville, cujas finalidades são “executar a política municipal de saúde; executar o Plano Municipal de Saúde, aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde; a gerência do Fundo Municipal de Saúde; a coordenação da administração direta e indireta, no tocante às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e dos procedimentos coletivos, ambulatoriais e hospitalares em nível municipal” (Lei Complementar nº 495/2018). De acordo com a prestação de contas de 2018, a SES conta com um orçamento de R\$ 704.792.510,00 e, 4.477 servidores públicos dedicados a execução dos serviços referentes a essa política pública.

3.3 Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a outubro de 2018, sendo que os dados foram levantados através de observação simples, ou seja, observaram-se de maneira espontânea os procedimentos utilizados nas unidades de saúde estudadas (Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica de Joinville/SC) e, conjugou-se com outras técnicas:

1. Revisão de literatura: artigos, livros e legislação, utilizando-se, para o registro das mesmas, ficha de leitura conforme (APÊNDICE 1).
2. Análise documental: foi realizada a análise de documentos do Ministério da Saúde, assim como de portais relacionados ao HIV/AIDS e, também, a análise de documentos fornecidos pelas unidades de saúde visitadas, como o Protocolo de Atendimento às Gestantes no município de Joinville. Para a organização dos dados levantados utilizou-se um caderno de campo.
3. Entrevista: realizaram-se três entrevistas, utilizando-se de roteiros pré-elaborados (APÊNDICE 2), com as coordenadoras dos serviços que atendem as gestantes portadoras de HIV/AIDS (Atenção Primária e Vigilância Epidemiológica) acerca dos temas que envolvem o atendimento a estas mulheres. As entrevistas foram gravadas após autorização por escrito das profissionais. Na sequência foram transcritas na íntegra. É relevante salientar que estava planejada para essa pesquisa outras nove entrevistas envolvendo

outros atores importantes para a compreensão do contexto pesquisado, porém não houve autorização da instituição estudada.

3.4 Apresentação de resultados

Após a leitura atenta dos dados levantados, os mesmos foram analisados utilizando-se como referência as categorias mais relevantes que emergiram deste estudo: serviços ofertados, equipe técnica envolvida no atendimento, procedimentos realizados, fluxograma do atendimento, principais demandas e desafios estabelecidos.

Para a análise das entrevistas identificou-se com a Entrevistada 1 para os dados referentes às informações repassadas pela coordenação da Atenção Primária que também coordena a Rede Cegonha do município, Entrevistada 2 para a coordenação da Vigilância Epidemiológica e Entrevistada 3 para a coordenação do Serviço de Assistência Especializada (SAE). Para maior compreensão das falas registradas nas entrevistas e incorporadas na análise optou-se por deixá-las em itálico e entre aspas para diferenciá-las das citações de referências bibliográficas. Para melhor visibilidade do fluxo dado ao atendimento às gestantes portadoras de HIV/AIDS, elaborou-se a partir das informações levantadas nas entrevistas um fluxograma.

Analisou-se, também, relatos de pesquisas semelhantes realizados em outros municípios e traçou-se um comparativo com a realidade estudada em Joinville.

3.5 Ética na Pesquisa

O presente projeto não foi submetido à Plataforma Brasil e não precisou atender as especificações da Resolução 510, de 7 de Abril de 2016, pois não foram realizadas entrevistas com as gestantes, já que o objetivo do projeto é o de conhecer quais são os serviços ofertados nas unidades de saúde de Joinville/SC e não o de saber qual a percepção ou avaliação que essas gestantes têm acerca do serviço prestado.

Porém, foi preciso ser formalizada junto a Secretaria Municipal de Saúde de Joinville através de ofício (APÊNDICE 3).

4 ATENDIMENTO ÀS GESTANTES PORTADORAS DE HIV NA POLÍTICA PÚBLICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE JOINVILLE

Neste tópico serão tratados os aspectos relacionados aos atendimentos ofertados para as gestantes portadoras de HIV no contexto da Política Pública de Saúde no Município de Joinville/SC, bem como os fluxos de atendimentos dessas mulheres tanto no cenário da Atenção Primária quanto da Vigilância Epidemiológica e a relação com Alta Complexidade.

Os dados aqui apresentados estão pautados, fundamentalmente, nas aproximações com a realidade acerca do atendimento a gestantes portadoras de HIV em Joinville/SC, encontradas no protocolo de atendimento à gestante da Secretaria Municipal de Saúde e em entrevistas realizadas com as três coordenadoras dos principais serviços ofertados a esse público. É fundamental esclarecer que esse trabalho não tem a pretensão de avaliar a qualidade das ações desenvolvidas, mas sim, esclarecer quais os fluxos estabelecidos para acolhimento e acompanhamento das mulheres inseridas nesse contexto.

Em Joinville/SC, de janeiro até o dia 24 de setembro de 2018 havia 32 casos de gestantes com HIV no município, geralmente a média anual varia de 50 a 60 gestantes (ENTREVISTADA 3).

4.1 ATENDIMENTO A GESTANTE PORTADORA DE HIV: a Atenção Primária em Joinville/SC

A Atenção Básica ou atenção primária em saúde é conhecida como a "porta de entrada" dos usuários nos sistemas de saúde. Dessa forma, é nesse nível de proteção que deve acontecer o atendimento inicial da população na política pública de saúde.

Seu objetivo é orientar sobre a prevenção de doenças, solucionar os possíveis casos de agravos e direcionar os mais graves para níveis de atendimento superiores em complexidade. A atenção básica funciona, portanto, como um filtro capaz de organizar o fluxo dos serviços nas redes de saúde, dos mais simples aos mais complexos (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018a).

A Atenção Primária, então, deve desenvolver ações que valorizam os aspectos coletivos e individuais com o propósito de solucionar os problemas de saúde mais frequentes e de maior relevância para a população. Configurando-se, dessa maneira, como sendo a porta preferencial de entrada do cidadão no Sistema Único de Saúde-SUS, “garantindo assim o seu acesso e os princípios de universalidade, de integralidade e de equidade da atenção” (SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018).

É a Estratégia Saúde da Família (ESF) escolhida como reordenadora do modelo assistencial e vem, desde 1994, consolidando-se como ordenadora do sistema e coordenadora do cuidado, e assim, firma-se como fundamental na estruturação das redes de atenção à saúde. A ESF busca concretizar os princípios de integralidade, universalidade e participação social e constitui importante pilar para a ampliação do acesso, qualificação e reorientação das práticas sanitárias embasadas na promoção da saúde (SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA, 2018).

No município de Joinville/SC, a Secretaria Municipal de Saúde mantém uma importante rede de Atenção Básica em todo o seu território que está dividido em três distritos (Centro, Norte e Sul). Assim, conta-se com 59 Unidades Básicas de Saúde com 113 equipes de Estratégia da Saúde da Família (ESF), significando uma cobertura de 68% da população. No ano de 2018, a média de consultas médicas na Atenção Básica é de 2756 por dia até agosto de 2018, incluindo nesse número os atendimentos às gestantes (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2018).

Os profissionais que atuam na atenção primária durante a assistência ao pré-natal desempenham um papel importante em todo o processo do cuidado: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros) (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2017).

O protocolo de Pré-Natal dentro da Linha de Cuidado da Saúde da Mulher tem como objetivo orientar e padronizar a assistência ao pré-natal, visando à realização de uma prática humanizada, racional e custo-efetiva que possibilite a atenção integral a gestante e família. Dessa forma um atendimento de qualidade no

pré-natal é capaz de diminuir a mortalidade materna e infantil, trazendo benefícios à saúde da mãe e do bebê. (SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, 2017).

Em Joinville, a Secretaria Municipal de Saúde elaborou um protocolo para o atendimento pré-natal com “o objetivo de qualificar a assistência ao pré-natal”, embasado “por referências e literaturas especializadas, informações e evidências científicas, protocolos e diretrizes clínicas como o Caderno 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco” (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2017, p.10). Esse protocolo, apesar de não publicado, oferece, as equipes de Atenção Primária e da Média e Alta Complexidade, orientações de procedimentos e fluxos a serem utilizadas no atendimento a gestante na rede pública de saúde.

As Unidades Básicas de Saúde, instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem desempenham um papel central na garantia ao acesso a uma atenção à saúde de qualidade. Este serviço é essencial, também, no atendimento as gestantes e em especial aquelas que são portadoras do HIV/AIDS. A Atenção Básica compõe a Rede Cegonha e desta maneira desenvolve ações com o objetivo de acolher, atender e aconselhar não só as gestantes com HIV como todas as demais. No caso específico de gestantes com HIV/AIDS a recomendação da Rede Cegonha para a Atenção Básica é

Oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pósteste. Em caso de teste negativo, deve-se orientar a paciente para os cuidados preventivos. Já em casos positivos, deve-se prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado (BRASIL, 2012).

Nesse encaminhamento, e com base nos dados coletados durante a pesquisa, no município de Joinville a porta de entrada das gestantes é na Unidade Básica de Saúde (UBS), a mesma quando chega com atraso menstrual deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o teste de gravidez. De acordo com a entrevista realizada com a Coordenadora do Núcleo de Apoio a Rede de Atenção à Saúde – NARAS (Entrevistada 1), *“toda gestante do município, ela pertence a uma área de abrangência x, então ela vai ser atendida por aquela área de abrangência e não tem dificuldade para agendamento”*. É fundamental compreender que a gestante

é prioridade, independente do nível de proteção, *“por ela ser soropositivo tem prioridade, mas na consulta de pré-natal é igual, ela vai ter as consultas de pré natal mensais, depois quinzenais, conforme a idade da gestação e depois mensais”*.

Para tanto, se faz necessário o conhecimento da dinâmica utilizada para o atendimento e acompanhamento dessas gestantes em nosso município como descreve-se a Entrevistada 2,

“Gestante que descobre a gravidez está na unidade básica de saúde. Então, ela vai fazer o teste rápido indiferente do trimestre. Todos os trimestres tem que ser feito o teste rápido de DST para gestante, entra hepatite B, C, sífilis e HIV. Nos três trimestres é indicado fazer, normalmente é feito na primeira consulta o primeiro teste, os primeiros quatro testes é o indicativo. Mas se não, é conforme a possibilidade do enfermeiro da unidade. Normalmente é o enfermeiro que faz”.

Antes da gestante realizar o teste rápido ela passa por um aconselhamento pré-teste, que

“é feito pelo enfermeiro que fez a capacitação (...), porque o aconselhamento pré teste é para preparar a mulher para as possibilidades de resultado, o reagente ou não reagente, não dizemos positivo e negativo, dizemos reagente e não reagente porque mesmo dando reagente pode não ser, embora seja bem difícil pela especificidade do teste rápido ser muito boa (Entrevistada 1).

Após a confirmação do resultado positivo a mesma recebe orientações necessárias referente ao acompanhamento do pré-natal. Sendo assim, são oferecidos às gestantes os testes rápidos de sífilis, hepatites e HIV, esses testes são oferecidos nos três trimestres da gestação. No aconselhamento pré-teste é importante enfatizar para a gestante que o resultado é de caráter confidencial e sigiloso, e, também, reforçar as medidas de prevenção no momento do aconselhamento e caso o resultado for reagente, será realizado um teste confirmatório na própria unidade básica. Os testes rápidos para sífilis, hepatites e HIV são realizados pelos profissionais de saúde, enfermeiros(as) ou médicos(as), que são capacitados pelo CTA (Centro de Testagem e Acolhimento) ou pela Rede Cegonha. De acordo com a Entrevistada 1, a gestante:

“faz o teste rápido, sífilis, hepatite e HIV, e esse teste é oferecido nos três trimestres da gestação, isso para todas as gestantes, porque ela pode estar na janela imunológica e pode não aparecer o HIV. Então ela vai fazer nos três trimestres da gestação, se fez o teste e deu reagente ela vai fazer o

teste confirmatório na unidade mesmo, por isso que o aconselhamento antes do teste é muito importante”.

No aconselhamento pós-teste é importante evidenciar para a gestante que existe a transmissão vertical e que ela precisa fazer o acompanhamento, evitando que ocorra o risco do bebê ser infectado. Sendo assim, após a confirmação do resultado, o profissional lauda o teste e encaminha para o SAE (Serviço de Assistência Especializada) onde será realizado o tratamento voltado para o HIV e, levando-se em consideração que ela é gestante será fornecida uma medicação específica.

Com base nos dados coletados durante a pesquisa, não existe demanda reprimida na Atenção Primária já que todas as gestantes recebem atendimento. De acordo com a Entrevistada 1, toda gestante precisa ser muito bem acompanhada, desde a Atenção Básica até a Alta Complexidade, e fazer o uso correto dos medicamentos, receber todas as orientações para que ela não amamente e que, dependendo da carga viral, ela possa ter parto normal.

4.2 ATENDIMENTO A GESTANTE PORTADORA DE HIV: a Vigilância Epidemiológica de Joinville/SC

4.2.1 A Vigilância Epidemiológica

A vigilância epidemiológica é um “conjunto de ações que proporcionam o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes de saúde individual ou coletiva”, e essas ações têm como propósito orientar as pessoas e as instituições a serem mais conscientes com a sua conduta, a fim de serem mais precavidas e adotarem atitudes preventivas de controle as doenças e uma melhor relação com o meio ambiente (BRASIL, 2018).

Nesse sentido, a vigilância epidemiológica “reconhece as principais doenças de notificação compulsória e investiga epidemias que ocorrem em territórios específicos. Além disso, age no controle dessas doenças específicas”. Dessa maneira, “a vigilância está relacionada às práticas de atenção e promoção da saúde

dos cidadãos e aos mecanismos adotados para prevenção de doenças” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2018f).

No contexto do município de Joinville/SC, um dos serviços ofertados pela Vigilância Epidemiológica é o apoio e o atendimento das pessoas portadoras do vírus HIV, por meio de um serviço especializado em saúde, ou seja, o Serviço de Assistência Especializada (SAE). A partir do momento em que a pessoa é diagnosticada com HIV, sendo ela gestante ou não, passa a ser atendida por esse serviço especializado. O acompanhamento inclui: consultas médicas; exames periódicos de CD4 (que mede as células de defesa) e de Carga Viral (que mede a quantidade do vírus circulando no sangue); fornecimento de coquetéis de medicamentos que ajudam a manter a carga viral controlada e, fundamentalmente, o apoio para viver bem e permanecer saudável (JOINVILLE, 2018).

4.2.2 O atendimento da gestante na Vigilância Epidemiológica

A gestante infectada com o vírus do HIV/AIDS é atendida por uma rede especializada, sendo uma delas a Vigilância Epidemiológica. É no Serviço de Assistência Especializada (SAE) que as mulheres portadoras de HIV/AIDS recebem o atendimento e acompanhamento durante a gestação. A porta de entrada é a Atenção Primária, conforme descrito anteriormente, porém algumas gestantes já são atendidas pelo serviço por já terem conhecimento da contaminação pelo vírus antes mesmo de engravidar, conforme afirma a Entrevistada 3:

“algumas gestantes já são nossas pacientes. Que já fazem acompanhamento conosco, são pessoas vivendo com HIV, então, a partir do momento que elas se veem gestantes elas vão passar pelo enfermeiro, e depois pela consulta médica também e se houver necessidade, por assistente social e psicóloga”.

Esse serviço é essencial quando considera-se que a qualidade de vida da mãe e do bebê dependem da adesão ao acompanhamento e tratamento. Sendo assim,

“a gente sabe que toda gestante tem que ser muito bem acompanhada, para favorecer a adesão, então ela tem que fazer um acompanhamento correto, com medicamento, essa gestante não vai poder amamentar, ela tem que fazer as consultas dela ou de pré-natal na unidade de saúde, e

também na maternidade Darcy Vargas no alto risco” (ENTREVISTADA 3).

Existem situações de gestantes que não procuram a unidade básica para realizar o pré-natal, mesmo assim os testes rápidos são oferecidos antes do parto e, caso for detectado o vírus HIV, é proposto a gestante dar início aos cuidados. Segundo entrevista realizada com a Coordenadora do Serviço de Assistência Especializada - SAE (Entrevistada 3), *“essa criança além do xarope de AZT que as outras mães que fazem acompanhamento vão ter, ela vai tomar mais um xarope de nevirapina solução e se der tempo vai pra cesárea”* como não foi realizado o pré-natal é difícil identificar a carga viral, automaticamente precisaria ser a cesárea para garantir que essa criança não corra o risco de ser infectada.

Diante dessa dimensão de atendimento, o SAE contém uma equipe multiprofissional com enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social e farmacêutico. O acompanhamento com esses profissionais depende muito do estado clínico da gestante. Conforme Entrevistada 2, a gestante quando:

“é uma paciente que é bem aderente, que tem um CD4 bom, uma carga viral detectada ela vai ser acompanhada a cada três meses, nos três trimestres, mais se ela é uma paciente nova, se é uma paciente que não tem uma boa adesão aí a gente vê com mais frequência normalmente mensal ou até menos.”

Geralmente, quem atende a gestante na unidade do SAE em Joinville são:

“duas infectologistas, duas enfermeiras, uma assistente social e três psicólogas, onde uma delas presta serviço exclusivo ao SAE e as outras duas psicólogas atendem ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)”
(ENTREVISTADA 3).

Já é de conhecimento científico que até a 14^o semana de gestação de uma gestante com HIV utilizando terapia antirretroviral, “que tenha uma boa adesão medicamentosa, combinada com a suspensão da amamentação e uma profilaxia durante o parto, o risco da transmissão vertical chega até 0,8%” Paiva et al., 2002 (apud RÉ, 2011, pg. 09). Tais dados reforçam a importância da vigilância epidemiológica, bem como, especificamente do o Serviço de Assistência Especializada (SAE). Nesse sentido,

“a gestante vai iniciar a medicação, acompanhar nos três trimestres, vai fazer carga viral e CD4. A carga viral irá identificar se o remédio está fazendo efeito, porque vai identificar se tem o vírus no corpo ou não e o CD4 vai indicar se a imunidade dela está boa ou não, então normalmente a gente classifica assim.”

Uma das ações importantes desenvolvidas pela SAE é a busca ativa das gestantes que abandonam o tratamento. Conforme a Entrevistada 3, *“quando se tem dificuldade de achar a gestante ou está com alguma dificuldade, entra-se em contato com o posto de saúde, a maternidade e vice-versa”*.

“O atendimento prestado precisa ser assertivo para favorecer a adesão dessa mulher que, precisará ter um acompanhamento medicamentoso, ela será orientada que não pode amamentar o bebê e a fazer as consultas clínicas ou de pré-natal na atenção básica e na alta complexidade. No SAE ela terá um acompanhamento mais focado no vírus. A partir do momento que ela descobre que está grávida será atendida pela equipe multidisciplinar onde será verificado se ela está tomando as medicações prescritas e se estiver com alguma dificuldade de tomar a medicação, que possui alguns efeitos colaterais será direcionada para ter atendimento com as enfermeiras e a psicóloga para que a equipe possa monitorá-la, e poderá ser encaminhada para o alto risco da maternidade. No entanto, atualmente, é preconizado que essas gestantes sejam atendidas na atenção básica, pois é mais próximo de suas casas” (ENTREVISTADA 3).

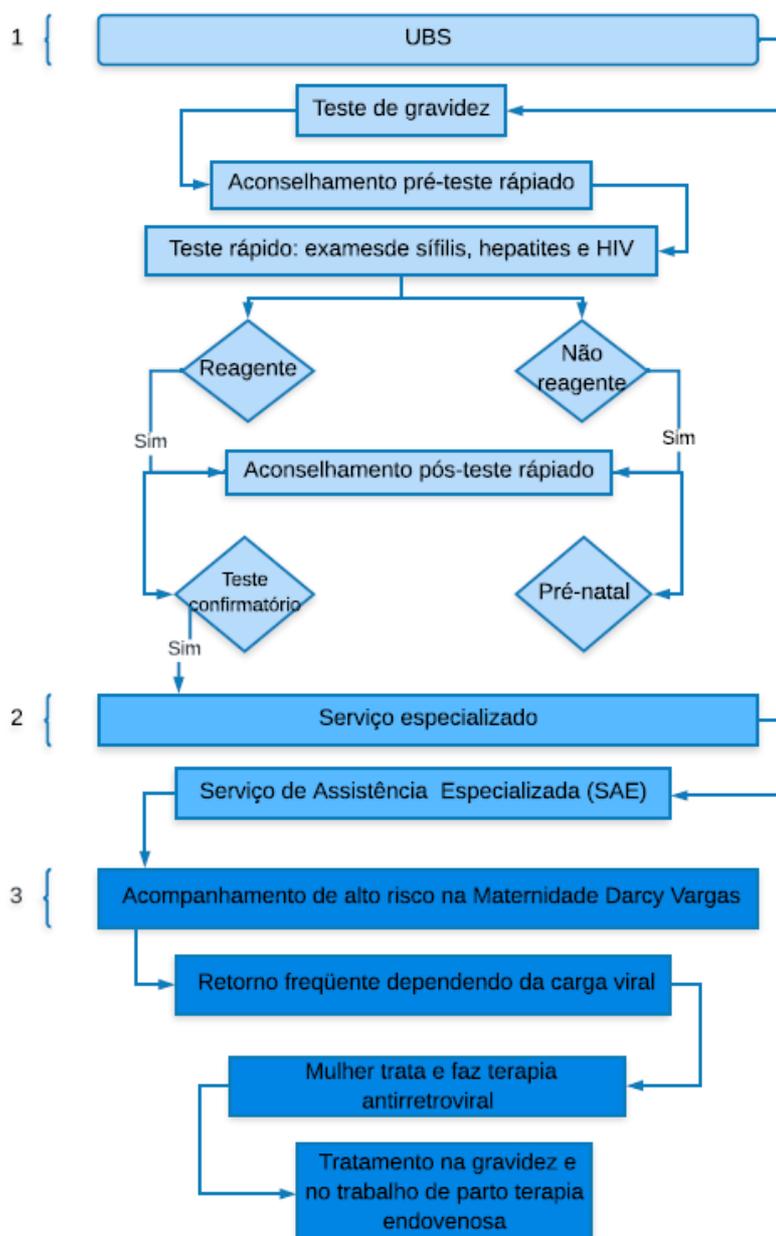
As gestantes com doenças infecto contagiosas (HIV/AIDS) são consideradas alto risco na maternidade, dependendo da carga viral existem consultas e retornos frequentes, diante disso a consulta dela é regulada via Sistema de Regulação (SISREG), ou seja, regulação online feita pelo médico com descrição do quadro clínico e classificação internacional de doenças (CID).

Com base nos dados coletados durante a pesquisa, não existe demanda reprimida no SAE, pois as gestantes de alto risco com doenças infecto contagiosas têm agendamentos imediatos, porém no que diz respeito ao atendimento na maternidade de referência do município, segundo a Entrevistada 3, o sistema de regulação ainda apresenta dificuldades de operação e tem ocasionado dificuldades no atendimento das gestantes. No entanto, esse estudo limitou-se ao conhecimento da realidade do atendimento das gestantes com HIV/AIDS no âmbito da secretaria municipal de saúde de Joinville e o contexto da maternidade exigirá uma investigação mais aprofundada.

4.2.3 Fluxograma do atendimento a gestante portadora de HIV/AIDS em Joinville/SC

Após uma aproximação com os contextos que envolvem a Atenção Primária e a Vigilância Epidemiológica no atendimento a gestantes portadoras de HIV/AIDS, descritos anteriormente, foi possível elaborar um fluxograma da organização do atendimento no município de Joinville/SC, conforme figura 2:

Figura 2: Fluxograma do atendimento a gestante portadora de HIV/AIDS em Joinville/SC



Fonte: as autoras (2018)

1. A gestante portadora de HIV/AIDS tem como porta de entrada no Sistema Único de Saúde de Joinville a Unidade Básica de saúde onde será oferecido a ela o teste de gravidez. Após a confirmação ela terá que realizar o aconselhamento pré-teste rápido para que ela seja preparada para os possíveis resultados reagentes ou não reagentes para doenças como sífilis, hepatite e HIV, mediante acompanhamento por psicólogos devidamente treinados para lidar com essa gestante.

Após a confirmação do teste, se a gestante apresentar não reagente ela seguirá para o pré-natal, mas se apresentar reagente para as doenças citadas, ela passará pelo aconselhamento pós-teste e será orientada a realizar o tratamento de forma a garantir a sua melhora e tratar para não acontecer a transmissão vertical.

2. A partir da confirmação para o HIV, ela é direcionada para o Serviço de Assistência Especializada (SAE), onde há diferentes tipos de vagas *“tem a vaga de retorno dos pacientes que vai depender como estão a agenda dos médicos, mas existem as vagas de primeira vez e de reserva técnica”*, sendo assim ao entrar em contato com o SAE a sua consulta geralmente já é marcada para a mesma semana e o retorno é marcado quando os resultados dos exames solicitados estiverem prontos (ENTREVISTADA 2).

No SAE ela acessará a medicação prescrita, será acompanhada durante três meses para avaliar a sua carga viral e o CD4. A carga viral identificará se o remédio que ela está tomando está fazendo efeito ou não, ajudando a identificar se o vírus ainda está no organismo, *“e o CD4 vai indicar se a imunidade dela está boa ou não”* (ENTREVISTADA 2).

3. Essa gestante também irá ter acompanhamento no setor de alto risco da Maternidade Darcy Vargas, visto que é necessário verificar a questão de retornos com a periodicidade dependendo da carga viral. Então, a gestante será encaminhada para o pré-natal de alto risco da maternidade que é regulado pelo sistema online, ou seja, o Sistema de Regulação (SISREG), que é de responsabilidade do Governo Estadual. Isto ocorre por *“uma recomendação do Ministério da Saúde de que se faça o pré-natal concomitante, alto risco na maternidade à atenção básica”* (ENTREVISTADA 1).

A gestante fará uso da terapia antirretroviral durante a gravidez e também utilizará durante o trabalho de parto, e assim que o bebê nascer ele receberá um xarope para que negatve o teste dele (ENTREVISTADA 1).

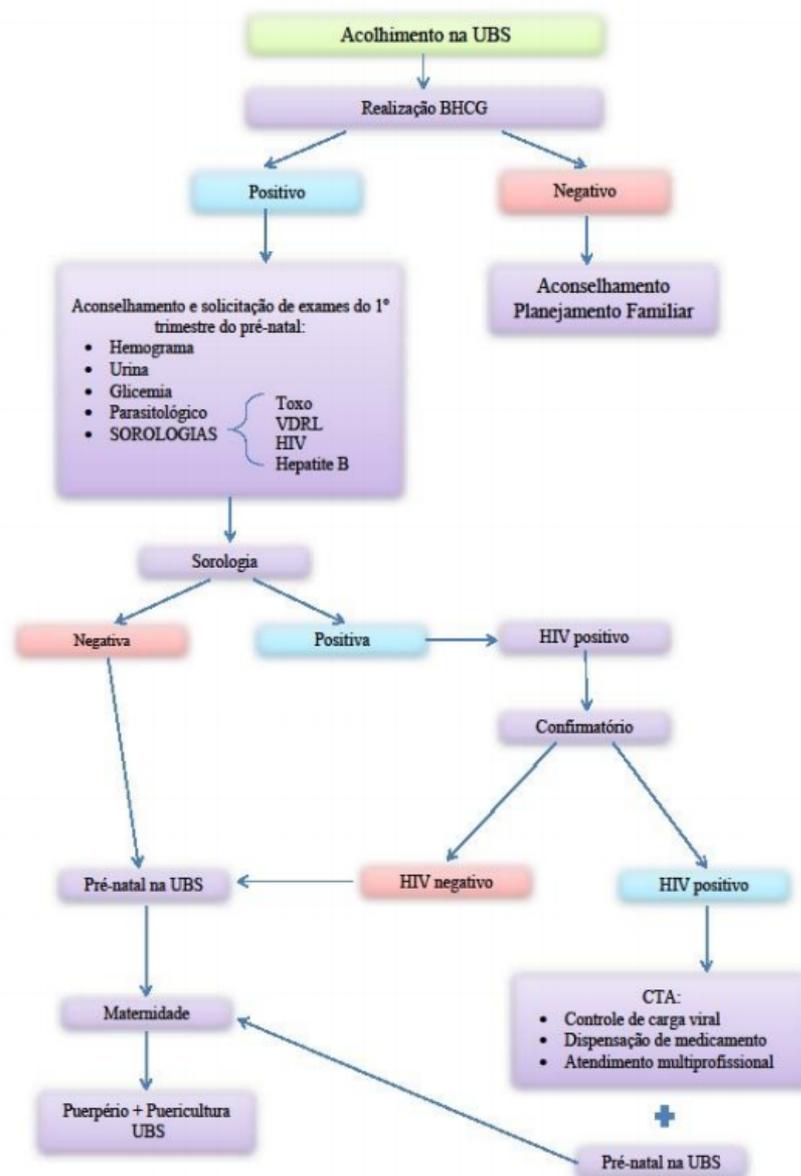
“Dependendo do caso [...] ela recebe a terapia antirretroviral endovenosa intraparto até 4 horas antes do parto”. Quando essa gestante iniciar o trabalho de parto a terapia antirretroviral endovenosa intraparto é aplicada para aumentar as chances de o bebê não contrair o vírus do HIV e, assim que o trabalho de parto terminar, a aplicação da terapia é interrompida. Logo que o bebê nasce ele inicia com o medicamento até dois anos e vai sendo avaliado, mas o tratamento depende muito do número de anticorpos apresentados nos exames (ENTREVISTADA 1).

Como não é recomendado que a mãe amamente o recém-nascido, assim que ela sai da Maternidade Darcy Vargas é garantido duas latas leite de fórmula infantil 1 e em alguns casos ela já recebe no SAE ao final do pré-natal e é passada todas as recomendações a essa mãe (ENTREVISTADA 3).

É fundamental para o sucesso do atendimento que a mãe se comprometa a realizar o acompanhamento no pré-natal durante a sua gestação, realizar a terapia antirretroviral e se necessário realizar a terapia durante o parto também. *“Nos primeiros dois meses de vida o bebê vai ter o indicador de anticorpo da mãe, então o teste de HIV vai dar reagente, mas depois se ela fizer o tratamento certinho, a tendência é negativar”* (ENTREVISTADA 1). Para aumentar as chances de negatvação do vírus HIV nesse bebê, nos seus primeiros dois anos de vida precisará continuar o acompanhamento.

Pesquisas, semelhantes a esta, foram realizadas em outros municípios brasileiros e possibilitou, além de confirmar a importância deste estudo, traçar um comparativo entre cenários diferentes. Em Santa Maria, no Rio Grande do Sul, por exemplo, foi realizado um estudo em 2013 com o título “Do real ao possível: o cuidado de gestantes/puérperas HIV/AIDS na atenção básica”, da autora Eliane Rodrigues, do qual possui o seguinte fluxograma:

Figura 3: Fluxograma do atendimento a gestante portadora de HIV/AIDS em Joinville/SC



Legenda:
CTA: Centro de Tratamento e Aconselhamento em DSTs/AIDS

Fonte: Rodrigues, (2013)

Nota-se que, tanto no fluxograma do presente estudo realizado em Joinville quanto do estudo de Rodrigues (2013), a porta de entrada para as gestantes com HIV é a Unidade Básica de Saúde, em seguida é realizado o teste de gravidez em ambas pesquisas e a partir desse passo no fluxograma de Rodrigues (2013), a abordagem é diferenciada, se o teste der negativo a gestante será direcionada ao aconselhamento e planejamento familiar, se der positivo ela receberá

aconselhamento e lhe será solicitado os exames do 1º trimestre do pré-natal que consiste no hemograma, urina, glicemia, parasitológico e sorologias (toxoplasmose, sífilis, HIV, Hepatite B). No fluxograma da presente pesquisa, a gestante receberá aconselhamento pré-teste, realizará o teste-rápido para sífilis, hepatites e HIV, e se der não reagente ela terá aconselhamento pós-teste e será direcionada ao pré-natal, mas se seu teste der reagente ela também terá o aconselhamento pós-teste e realizará outro teste confirmatório.

No contexto do município de Santa Maria/RS, quando o resultado da sorologia é negativo, a gestante irá para o pré-natal na Unidade Básica de Saúde, para a maternidade e para o puerpério + puericultura na Unidade Básica de Saúde. Já para a situação de positivo para o HIV será realizado o teste confirmatório, caso seja negativo a gestante seguirá os caminhos anteriormente citados, caso seja positivo ela irá para o Centro de Aconselhamento e Testagem (CTA), onde receberá atendimento para o controle da carga viral, dispensação de medicamento e atendimento multiprofissional. No entanto, o pré-natal independente do resultado para o HIV (positivo ou negativo) será realizado na Unidade Básica de Saúde, bem como o atendimento no puerpério e a puericultura.

Diferentemente da realidade pesquisada em Joinville pois, após o teste confirmatório a gestante irá para o Serviço de Assistência Especializada (SAE), terá acompanhamento pela Maternidade Darcy Vargas no setor de alto risco, retornos de acordo com a sua carga viral, tratamento e utilização de terapia antirretroviral, tratamento durante a gravidez e utilização de terapia endovenosa durante o trabalho de parto.

4.3 O ATENDIMENTO A GESTANTE PORTADORA DE HIV: análise e discussão dos resultados

Os principais desafios apontados nos atendimentos das gestantes soropositivas correspondem a conscientização com relação a importância do pré-natal. Dessa maneira, sensibilizar para que haja adesão ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento é fundamental para que se efetive os cuidados mesmo que tenham efeitos colaterais das medicações.

“Quando a gestante está com dificuldade de tomar a medicação de ver alguma questão a gente chama também o esposo, porque na verdade os dois que estão gerando aquela criança, e precisa ter a responsabilidade, o homem também é corresponsável pra poder que ela esteja tomando a medicação, então esse é um grande desafio” (ENTREVISTADA 3)

Segundo a Entrevistada 1, existem casos de que mesmo com as orientações de médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos durante as consultas informando o risco de transmissão vertical, têm mães soropositivas que insistem em amamentar o recém-nascido. Ressalta-se, ainda, a importância de desmistificar o HIV como um mito e sim como algo presente e que exige atenção especializada.

As profissionais participantes dessa pesquisa sinalizam que haviam reuniões socioeducativas no SAE com o objetivo de sensibilizar e orientar com relação às formas de tratamento e os serviços disponibilizados pela política pública de saúde do município de Joinville. No entanto, nos últimos meses essa ação não tem sido executada e, na avaliação dos profissionais, deve-se retornar com esses encontros no Serviço de Assistência Especializado (SAE) e, assim, retomar as palestras de conscientização e assistência tanto para as gestantes quanto para os demais portadores de HIV, porém em grupos separados e mantendo o controle individualizado através de consultas com psicólogos, enfermeiros e assistente social.

Os agendamentos de atendimentos especializados na maternidade nos dias atuais para as gestantes, independente se é soropositiva ou não, se dá pelo sistema de regulação conduzido pelo Secretaria de Estado da Saúde e este tem apresentado algumas dificuldades operacionais. O Sistema Nacional de Regulação (SISREG) online é falho pois na atenção primária existe uma demanda muito grande de gestantes para marcar as consultas e retornos, já no SAE percebe-se que a demanda é menor e existe uma flexibilidade em agendar as consultas para as gestantes de alto risco.

“Então vamos supor que lá na atenção básica vai se encaminhar para o serviço especializado e depois para o pré-natal de alto risco da maternidade, aí cai na regulação, o sistema de regulação online, e quem regula essas consultas de alto risco é o Estado, não é mais o município. Esse sistema online é para todas as especialidades” (ENTREVISTADA 1).

Segundo a Entrevistada 2, a comunicação entre os serviços (vigilância epidemiológica, maternidade e UBS) poderia ser melhor, poderia ter fluxos estabelecidos porque atualmente não existe nenhum protocolo para o atendimento a gestantes soropositivas no município. A referência e contrarreferência nos serviços de saúde do SUS é essencial para um resultado positivo dos atendimentos. Nesse sentido, há necessidade dos serviços de saúde de cada nível de complexidade organizarem o atendimento prestado às mulheres em período gestacional classificadas como de alto risco, buscando a integração dos serviços de saúde dos diferentes níveis de complexidade e a efetivação do atendimento integral.

CONCLUSÃO

Esse estudo visou conhecer quais são as ações e os serviços de assistência às gestantes com vírus HIV/AIDS que são preconizados pelo SUS e que são desenvolvidos no município de Joinville/SC, no âmbito da Secretaria Municipal de Saúde em 2018. De acordo com os resultados encontrados nesta pesquisa, tanto a Atenção Primária quanto o Serviço de Média Complexidade estão buscando dar assistência às gestantes com HIV positivo durante o parto e puerpério, reduzindo os riscos da transmissão vertical, mediante o seguimento das orientações do Ministério da Saúde.

Nesse contexto alguns desafios foram diagnosticados principalmente no que diz respeito a conscientização das gestantes para a adesão ao atendimento, a operacionalização do Sistema Nacional de Regulação (SISREG) e ao processo de comunicação entre os serviços para a garantia da referência e contrarreferência. Tais desafios deverão exigir da gestão local do SUS uma atenção especial para a superação e qualificação dos atendimentos prestados.

É necessário informar que a execução desse estudo apresentou alguns limites já que se pretendia entrevistar 16 gerentes e coordenadores de serviços de saúde pública do município de Joinville, mas conseguiu-se autorização para três, o que representa 20% da população. No entanto, os dados coletados foram suficientes para alcançar o objetivo traçado no projeto de pesquisa.

Já com relação ao estudo bibliográfico, não foram encontradas dificuldades, pois o tema possui uma grande quantidade de materiais que foram suficientes para fazer uma abordagem do tema com diversidade de autores. Porém, no início da pesquisa houve dificuldades em achar dados atualizados com relação ao atendimento à gestante com HIV em Joinville, pois a maioria dos dados disponibilizados refere-se a anos anteriores a 2015.

Os subsídios e dados encontrados nessa pesquisa possibilitaram a construção de duas propostas de operacionalização para evoluir no sentido de qualificar ainda mais o atendimento a gestante com HIV no município estudado: 1) efetivar a elaboração de um protocolo de atendimento específico para esse público que facilitará uma visualização do processo de atendimento para todos os

profissionais envolvidos e assim, garantir uma comunicação mais efetiva (referência-contrarreferência); 2) garantir reuniões socioeducativas que abordem essa temática tanto na Atenção Primária quanto no Serviço de Assistência Especializado, inclusive com projetos específicos para ações educativas nas salas de espera dos referidos serviços.

Ao finalizar esta pesquisa foi possível ampliar o conhecimento quanto à compreensão e organização da assistência às gestantes soropositivas, abrindo portas para novos questionamentos que dão margem à realização de novas pesquisas como: verificar a situação do atendimento às gestantes com HIV que estejam em situação de rua e que podem estar associado à sua rotina o uso de drogas e de bebidas alcoólicas, podendo dificultar o tratamento dessa mulher. E, também, levando-se em consideração que Joinville é uma cidade de referência em saúde e que, frequentemente, recebe cidadãos e cidadãs de localidades próximas, principalmente de cidades pequenas, com o objetivo de consultar e receber tratamento, sugere-se estudar como essas pessoas acomodam-se na cidade, qual o período de permanência e como é a abordagem da equipe com essa gestante que além de ter que lidar com o fato de possuir o vírus HIV, ainda precisa se deslocar para outra cidade para receber tratamento.

REFERÊNCIAS

A NOTÍCIA. **Joinville detecta 600 novos casos de HIV nos últimos 12 meses.** Joinville, 01 dez. 2017. Disponível em: <<http://anoticia.clicrbs.com.br/sc/geral/joinville/noticia/2017/12/joinville-detecta-600-novos-casos-de-hiv-nos-ultimos-12-meses-10050724.html>>. Acesso em: 12 mar. 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NUTRIÇÃO. **Campanha do CNS busca fortalecer a luta pelo SUS. 2016.** Disponível em: <<http://www.asbran.org.br/noticias.php?dsid=1498>>. Acesso em: 02 maio 2018.

AVELAR, Paulo Ricardo de. **SURGIMENTO DA SAÚDE NO BRASIL.** 2013. Disponível em: <http://www.ufff.br/oliveira_junior/files/2011/08/Aula-7-Surgimento-da-Sa%C3%BAde-no-Brasil-e-Epidemiologia.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

BARBOSA, Dayse Vieira Santos; BARBOSA, Nelson Bezerra; NAJBERG, Estela. **Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS.** Scielo, Rio de Janeiro, p.1-6, 08 jan. 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cadsc/2016nahead/1414-462X-cadsc-1414-462X201600010106.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

BATALHA, Elisa. **Para entender o (sub)financiamento do SUS:** Má distribuição de papéis e recursos entre União, estados e municípios e 'lógica financista' estão na base da falta de dinheiro para a Saúde, apontam estudiosos. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca. Rio de Janeiro. Disponível em: <<http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/conteudo/para-entender-o-subfinanciamento-do-sus>>. Acesso em: 02 maio 2018.

BRASIL. Constituição (1988). Artigo nº 196, de 05 de outubro de 1988.: Da Saúde. Seção 2, p. 119-120. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2018.

BRASIL, Constituição da República Federativa do. LEI Nº 8.080, DE 19 DE SETEMBRO DE 1990. 2018a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 06 maio 2018.

BRASIL. IBGE. Departamento da População e Indicadores Sociais (Org.). **Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil.** Rio de Janeiro: IBGE, 1999.

BRASIL; IBGE. **História.** 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/joinville/historico>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL; IBGE. **Panorama.** 2017. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/joinville/panorama>>. Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Agenda estratégica para ampliação do acesso e cuidado integral das populações-chave em HIV, hepatites virais, e outras infecções sexualmente transmissíveis.** 2018b. Disponível em: <<http://portalquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/abril/04/Minuta-Agenda-Estrategica-Populacao-Chave.pdf>>. Acesso em: 05 jul. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico: HIV AIDS 2017.** 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2017/65093/boletim_aids_internet_0.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **CADERNOS DE ATENÇÃO BÁSICA: ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.** 2018c. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>. Acesso em: 20 out. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição (Org.). **Curso de Autoaprendizado: Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde.** 2012. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4342690/mod_resource/content/1/Apostila%20MS%20-%20RAS_curso%20completo-M%C3%B3dulo%202-APS%20nas%20RAS%20-%20Pg%2031-45.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Como é a prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatite B.** 2018d. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-sao-hepatites/como-e-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv-sifilis-e-hepatite>>. Acesso em: 21 mar. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Conheça a Rede Cegonha.** 2013. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/folder/rede_cegonha.pdf>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História do Ministério: Saúde no Brasil - do Sanitarismo à Municipalização.** 2017. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/historia-do-ministerio>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Institucional.** 2018e. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/institucional/o-ministerio>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **MANUAL TÉCNICO PARA O DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO PELO HIV.** 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_diagnostico_infeccao_hiv.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O que é HIV.** 2018f. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O que fazemos.** 2018g. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/sas>>. Acesso em: 04 set. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde Brasileiro.** 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_saude.pdf>. Acesso em: 02 maio 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Panorama 2016:** Ampliação de diagnóstico e tratamento reduz casos e mortes por aids no país. 2018h. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/dezembro/01/Dia-Mundial-de-Combate-a-Aids.pdf>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011:** Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 07 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e controle das DST/AIDS na comunidade:** manual do agente comunitário de saúde. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde, 2001. 77 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO DE TRANSMISSÃO VERTICAL.** 2014. Disponível em: <<http://www.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201703/22103101-5-3-8-comite-tv.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** MANUAL DE BOLSO. 2007. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verti_calhivsisifilis_manualbolso.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis:** manual de bolso. Brasília: Ed. Do Ministério da Saúde, 2007. 11 p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. 2018i. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php>. Acesso em: 23 ago. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SIOPS na gestão e financiamento da Saúde**. 2018j. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/repasses-financeiros/siops>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde**. 2018k. Disponível em <<http://portalms.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/sistema-unico-de-saude>>. Acesso em: 23 maio 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **PEP (Profilaxia Pós-Exposição ao HIV)**. 2018l. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/pep-profilaxia-pos-exposicao-ao-hiv>>. Acesso em: 03 set. 2018.

BRASIL, Portal. **SUS oferecerá melhor tratamento do mundo para pacientes com HIV/Aids**: Cerca de 100 mil pacientes portadores do vírus receberão o tratamento gratuitamente até o final de 2017. 2016. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2016/09/sus-oferece-melhor-tratamento-do-mundo-p-ara-pacientes-com-hiv-aids>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BRASIL. SAÚDE DA FAMÍLIA: **Brasil garante pré-natal a mais gestantes**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/noticias/saude/2011/10/brasil-garante-pre-natal-a-mais-gest-antes>>. Acesso em: 07 set. 2018.

CAMARGO JUNIOR, Kenneth Rochel de. **AS CIÊNCIAS DA AIDS & A AIDS DAS CIÊNCIAS**: O discurso médico e a construção da AIDS. 4. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 207 p.

CARTAXO, Charmênia Maria Braga et al. **Gestantes portadoras de HIV/AIDS**: Aspectos psicológicos sobre a prevenção da transmissão vertical. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2013000300002>. Acesso em: 09 abr. 2018.

CRUZ, Fernanda. **Envelhecimento da população gera alta no custo de planos de saúde, diz ANS. 2017**. Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2017-10/envelhecimento-da-populacao-gera-alta-no-custo-planos-de-saude-diz-ans>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

DELPINTOR, Priscila Silva. **Diferença entre HIV e AIDS. 2018**. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/diferenca-entre-hiv-e-aids/67588>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

DIAS, Simone Maria Menezes; BARCELLOS, Kátia Cirley Pinto; DIAS, Marcus Roberto Gomes. **Fatores indutores de desmotivação no ambiente e na profissão do enfermeiro em instituição hospitalar.** [20-]. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos05/57_artigoFatoresIndutores.pdf>. Acesso em: 04 maio 2018.

DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. **Sinais e Sintomas.** 2018. Disponível em: <<http://aids.sc.gov.br/sinais-e-sintomas.html>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

SCOREL, Sarah; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista.** 2018. Disponível em: <http://www.aedmoodle.ufpa.br/pluginfile.phpfile=%2F159838%2Fmod_resource%2Fcontent%2F1%2FHistoria%20da%20politica%20de%20saude%201822%20a%201963%20SCOREL%20e%20TEIXEIRA%202008%20I.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

FARIA, Evelise Rigoni; PICCININI, Cesar Augusto. **REPRESENTAÇÕES MATERNAS NO CONTEXTO DO HIV: GESTAÇÃO AO SEGUNDO ANO DA CRIANÇA.** 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/2871/287145780011/>>. Acesso em: 11 abr. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Atenção Básica.** 2018a. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/atencao-basica>>. Acesso em: 20 out. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Financiamento.** 2018b. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/financiamento>>. Acesso em: 02 maio 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Reforma Sanitária.** 2018c. Disponível em: <<https://bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>>. Acesso em: 28 abr. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Reforma Sanitária.** 2018d. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/reforma-sanitaria>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **SUS.** 2018e. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/sus>>. Acesso em: 16 abril 2018.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Vigilância em Saúde.** 2018f. Disponível em: <<https://pensesus.fiocruz.br/vigilancia-em-saude>>. Acesso em: 02 outubro 2018.

GALVÃO, Márcio Antônio Moreira. **Origem das políticas de saúde pública no Brasil: do Brasil-Colônia a 1930.** 2018. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/origem_politicas_saude_publica_brasil.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2018.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo (org.). Universidade Aberta do Brasil – UAB/UFRGS; Curso de Graduação Tecnológica – Planejamento e Gestão para o Desenvolvimento Rural da SEAD/UFRGS (coord.). **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. p. 120. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf> . Acesso em: 19 maio 2018.

GHANEM LABORATÓRIO E SAÚDE. **Qual a diferença entre HIV e AIDS?**. 2018. Disponível em: <<http://www.grupoghanem.com.br/diferenca-entre-hiv-e-aids/>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 1989. 206 p., 21,5 cm.

GONÇALVES, Tonantzin Ribeiro; PICCININI, Cesar Augusto. **Aspectos psicológicos da gestação e da maternidade no contexto da infecção pelo HIV/Aids.** 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/pusp/v18n3/v18n3a07.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2018.

KLEINÜBING, Raquel Einloft; PEREIRA, Fabiani Weiss; BUBLITZ, Susan. **Atuação da equipe de com gestantes soropositivas ao HIV: Desvelando o papel da Enfermagem.** 2011. Disponível em: <<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bbaFpchC7DYJ:https://www.revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoesaude/article/view/1629/1364+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 27 abr. 2018.

LEBRÃO, Maria Lúcia. O envelhecimento no Brasil: **Aspectos da transição demográfica e epidemiológica.** 2007. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2559.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2018.

LIMA, Suzane da Silva de et al. **HIV na gestação: pré-natal, parto e puerpério.** 2016. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/viewFile/22695/1541>>Acesso em: 13 maio 2018.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. **Políticas sociais e de saúde.** Rio de Janeiro: Cebes, 2012. Disponível em: <<http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/4Pol%C3%ADticas-Sociais-e-de-Sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 24 abr. 2018.

LOPES, Ana Cristina Martins Uchoa et al. **Implantação dos testes rápidos para sífilis e HIV na rotina do pré-natal em Fortaleza – Ceará**. 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n1/0034-7167-reben-69-01-0062.pdf>>. Acesso em: 13 maio 2018.

MARIN, Heimar de Fátima; PAIVA, Mirian Santos; BARROS, Sonia Maria Oliveira de. **AIDS e enfermagem obstétrica**. São Paulo: Epu, 1991. 61 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 21.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002. 80p. (Coleção temas sociais). ISBN 85-326-1145-1.

MONTEIRO, Mário F. Giani. **Parte IV - demográfica e epidemiológica: Transição demográfica e seus efeitos sobre a saúde da população**. Disponível em: <<http://books.scielo.org/id/3y5xk/pdf/barata-978857541264012.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2018

MOREIRA, Marcelo Rasga; RIBEIRO, José Mendes; OUVÉNEY, Assis Mafort. **Obstáculos políticos à regionalização do SUS: percepções dos secretários municipais de Saúde com assento nas Comissões Intergestores Bipartites**. 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n4/1413-8123-csc-22-04-1097.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2018

MUNICIPAIS, Sistema Leis. LEI Nº 15.943, DE 23 DE DEZEMBRO DE 2013. 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/sp/s/sao-paulo/lei-ordinaria/2013/1595/15943/lei-ordinaria-n-15943-2013-dispoe-sobre-o-diagnostico-de-gestantes-portadoras-do-virus-hiv-e-prevencao-da-transmissao-do-mesmo-aos-fetos-e-criancas-recem-nascidas-2014-05-16-versao-compilada>. Acesso em: 07 dez. 2017.

NUNES, Gabrielle Miranda et al. **Os Desafios da Participação Popular no Sistema Único de Saúde**. 2009. Disponível em: https://sejarealista.files.wordpress.com/2009/12/3-part_popular-no-sus.pdf. Acesso em: 07 maio 2018.

OCKÉ-REIS, Carlos Octávio. **SUS: o desafio de ser único**. 1. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 176 p., 23 cm. ISBN 9788575413838.

PAIM, Jairnilson Silva; SANTOS, Lenir. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 144 p., 18 cm. (Temas em saúde). Inclui bibliografia. ISBN 9788575411858.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **O que é AIDS**. 2018a. Disponível em: <<http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/orientacao-e-prevencao/aids-e-dsts/o-que-e-aids.html>>. Acesso em: 10 ago. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Pré natal qualificado garante tranquilidade às gestantes com HIV.** 2016b. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/pre-natal-qualificado-garante-tranquilidade-as-gestantes-com-hiv/40521>>. Acesso em: 03 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOÃO PESSOA. **Assistência às mulheres durante a gravidez é garantida pela Rede Municipal de Saúde.** 2015. Disponível em: <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/assistencia-as-mulheres-durante-a-gravidez-e-garantida-pela-rede-municipal-de-saude/>. Acesso em: 03 jun. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. **Atendimento a pessoas com HIV e AIDS.** 2018a. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/servicos/atendimento-a-pessoas-com-hiv-aids/>>. Acesso em: 09 out. 2018.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOINVILLE. **Relatório anual de gestão 2017.** 2018b. Disponível em: <<https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-2017.pdf>>. Acesso em: 03 ago. 2018.

RÉ, Gisele Franzini Dias Rodrigues. **O atendimento às gestantes vivendo com HIV/Aids, seu processo de gestação e a adesão ao tratamento.** 2011. Disponível em: <http://www3.crt.saude.sp.gov.br/iec/curso_nepaids/Re_GFDR.pdf>. Acesso em: 09 out. 2018.

REIS, Renata Karina; GIR, Elucir. **Dificuldades enfrentadas pelos parceiros sorodiscordantes ao HIV na manutenção do sexo seguro.** 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n1/v13n1a06.pdf>. Acesso em: 25 out. 2017.

RODRIGUES, Eliane. **Do real ao possível: O cuidado de gestantes/puérperas HIV/AIDS na Atenção Básica.** 2013. Disponível em: <https://repositorio.ufsm.br/bitstream/handle/1/117/Rodrigues_Eliane.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em: 07 out. 2018.

ROLIM, Leonardo Barbosa; CRUZ, Rachel de Sá Barreto Luna Callou; SAMPAIO, Karla Jimena Araújo de Jesus. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v37n96/16.pdf>. Acesso em: 07 maio 2018.

ROSSINI, Andreza. **Curitiba elimina transmissão de HIV de mãe para filho.** 2017. Disponível em:

<https://paranaportal.uol.com.br/cidades/curitiba-rmc-litoral/curitiba-elimina-transmissao-de-hiv/>. Acesso em: 07 dez. 2017

SANTOS, Marta Alves. **Lutas sociais pela saúde pública no Brasil frente aos desafios contemporâneos**. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v16n2/09.pdf>. Acesso em: 31 maio 2018.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **SUS, Política Pública de Estado: Seu desenvolvimento instituído e instituinte, o direito sanitário, a governabilidade e a busca de saídas**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012. 71 p.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS. **Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/sus>. Acesso em: 25 abr. 2018.

SECRETARIA DO ESTADO DE SANTA CATARINA. **Atenção Básica**. 2018. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/index.php/resultado-busca/atencao-basica/2489-atencao-basica>. Acesso em: 20 out. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **PRESTAÇÃO DE CONTAS: 2º QUADRIMESTRE 2018**. 2018. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2018/09/Apresenta%C3%A7%C3%A3o-de-Presta%C3%A7%C3%A3o-de-Contas-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-2%C2%BA-quadrimestre-de-2018.pdf>. Acesso em: 15 out. 2018.

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE. **PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL: Linha de cuidado à saúde da mulher**. 2017. 65 p. Disponível na Sede da Secretaria Municipal de Saúde.

SECRETARIA MUNICIPAL DE JOINVILLE. **Relatório Anual de Gestão de Saúde de 2017**. Disponível em: <https://www.joinville.sc.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/Relat%C3%B3rio-de-Gest%C3%A3o-em-Sa%C3%BAde-do-Munic%C3%ADpio-de-Joinville-2017.pdf>. Acesso em: 05 jul. 2018.

SOUTO, Lúcia Regina Florentino; OLIVEIRA, Maria Helena Barros de. **Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal**. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>. Acesso em: 29 abr. 2018.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. **O SUS necessário e o SUS possível: estratégias de gestão.** Uma reflexão a partir de uma experiência concreta. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/27.pdf>. Acesso em: 01 maio 2018.

STURZA, Janaína Machado. **O dever constitucional do Estado em garantir Saúde: O uso de medicamentos experimentais.** 2016. Disponível em: <http://revista.unicuritiba.edu.br/index.php/RevJur/article/view/1898/1264>. Acesso em: 31 maio 2018.

TOLEDO, Luciano Medeiros de; SABROZA, Paulo Chagastelles (Org.). **Movimentos sociais e saúde.** 2013. Disponível em: http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_191000449.pdf. Acesso em: 31 maio 2018.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1987. 175 p., 21 cm.

UNICEF. **Como Trabalhar o HIV/Aids no seu Município: GUIA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE E DE EDUCAÇÃO.** 2008. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/pt/guiahivselo.pdf>. Acesso em: 13 maio 2018.

UOL. **O que explica a disparada de infecções por HIV entre jovens brasileiros.** 2017. Disponível em <<https://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2017/08/15/o-que-explica-a-disparada-de-infeccoes-por-hiv-entre-jovens-brasileiros.htm>>. Acesso em: 01 maio 2018.

VIEIRA, Monica. **Recursos humanos em saúde.** 2009. Disponível em <<http://www.epsvj.fiocruz.br/dicionario/verbetes/rechumsau.html>>. Acesso em: 29 abr. 2018.

APÊNDICE 1 – Ficha de leitura

Referência Bibliográfica	
Breve Resumo	
Transcrições de citações mais importantes	

Referência Bibliográfica	
Breve Resumo	
Transcrições de citações mais importantes	

Referência Bibliográfica	
Breve Resumo	
Transcrições de citações mais importantes	

Referência Bibliográfica	
Breve Resumo	
Transcrições de citações mais importantes	

Referência Bibliográfica	
Breve Resumo	
Transcrições de citações mais importantes	

APÊNDICE 2 – Roteiro para Entrevista

Diretoria/Gerência: _____

1- Quais são os serviços de assistência às gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS que são preconizados pelo SUS e que são desenvolvidos nas Unidades de Saúde de responsabilidade da sua gerência/diretoria?

2- Qual a capacidade de atendimento dos serviços prestados às gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS que são desenvolvidos pela Gerência/Diretoria?

3- Existe demanda reprimida para o acesso aos serviços às gestantes portadoras do vírus HIV/AIDS que são desenvolvidos pelo Sistema Único de Saúde no município de Joinville/SC nas ações e serviços desenvolvidos pela diretoria/gerência?

4- Os profissionais de sua gerência/diretoria receberam ou recebem capacitações para o atendimento a essa demanda?

5- Na sua opinião, a que se deve os indicadores favoráveis relacionados ao atendimento da gestante com HIV no município de Joinville?

6- Quais os principais desafios apontados para o atendimento efetivo dessa demanda?

7- Existe um protocolo para atendimento dessas gestantes?

8- Existe a cooperação entre os profissionais da rede integrada de saúde voltada para a busca ativa dessas gestantes?

APÊNDICE 3 - Autorizações

Secretaria da Saúde



Ofício nº 022/2018/SMS/GAB/GTES

Joinville, 10 de agosto de 2018.

Assunto: **Autorização de pesquisa**

Prezada Senhora,

Em resposta à solicitação de autorização para realização de um projeto de pesquisa intitulado: "Análise dos Serviços Públicos Ofertados às Gestantes com o Vírus HIV", por parte das acadêmicas do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar do IFSC, **Bruna Mirela Tuppel e Natália Pereira Neves**, sob orientação da Pro^{fa} Adrea Heidemann, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde autoriza a realização da coleta de dados com as profissionais: [REDACTED] do NARAS – Núcleo de Apoio às Redes de Atenção à Saúde, e [REDACTED] da Unidade Sanitária, na cidade de Joinville/SC no ano de 2018.

Para melhor organização, solicitamos que as alunas entrem em contato com as profissionais por telefone, (NARAS: 3481-5131 e Unidade Sanitária: 3417-1359) agendem um melhor dia e horário para a coleta de dados e, no contato presencial, apresente em mãos esta autorização e o projeto de pesquisa.

Após a conclusão da pesquisa, os resultados devem ser encaminhados ao GTES, podendo ser por e-mail (ses.ngp.gtes@joinville.sc.gov.br) e para as profissionais entrevistadas. Sugerimos que, além dos resultados obtidos, as acadêmicas apresentem sugestões de melhorias à partir dos dados coletados e da bibliografia fundamentada.

Atenciosamente,

Roselaine Elisa Radtke

Coordenadora da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES

Ilma. Sra.
Andrea Heidemann
Docente do CST em Gestão Hospitalar
IFSC – Campus Joinville

Rua Araranguá, 397 - América - 89204-310
Contato: (47) 3481-5167
www.joinville.sc.gov.br

Secretaria da Saúde

Ofício nº 022/2018/SMS/GAB/GTES

Joinville, 18 de Setembro de 2018.

Assunto: **Autorização de pesquisa**

Prezada Senhora,

Em resposta à solicitação de autorização para realização de um projeto de pesquisa intitulado: "Análise dos Serviços Públicos Ofertados às Gestantes com o Virus HIV", por parte das acadêmicas do Curso Superior de Tecnologia em Gestão Hospitalar" do IFSC, **Bruna Mirela Tuppel e Natália Pereira Neves**, sob orientação da Profª Adrea Heidemann, informamos:

A Secretaria Municipal da Saúde autoriza a realização da coleta de dados no SAE – Serviço de Assistência Especializada, na cidade de Joinville/SC no ano de 2018.

Para melhor organização, solicitamos que as alunas entrem em contato com as profissionais por telefone, (3417-1359) agendem um melhor dia e horário para a coleta de dados e, no contato presencial, apresente em mãos esta autorização e o projeto de pesquisa.

Após a conclusão da pesquisa, os resultados devem ser encaminhados ao GTES, podendo ser por e-mail (ses.ngp.gtes@joinville.sc.gov.br) e para as profissionais entrevistadas. Sugerimos que, além dos resultados obtidos, as acadêmicas apresentem sugestões de melhorias à partir dos dados coletados e da bibliografia fundamentada.

Atenciosamente,

Roselaine Elisa Radtke

Coordenadora da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde – GTES

Ilma. Sra.
Andrea Heidemann
Docente do CST em Gestão Hospitalar
IFSC – Campus Joinville