

***SILVANA INÉS WELLER***

**SERVIÇOS DE SAÚDE E SEXUALIDADE:**

Uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão

***CAMPINAS***

***2004***

**SILVANA INÉS WELLER**

**SERVIÇOS DE SAÚDE E SEXUALIDADE:**

Uma pesquisa desenvolvida como dispositivo de gestão

*Tese de Doutorado apresentada à Pós-graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de  
Campinas, do título de Doutor em Saúde Coletiva*

***Orientador:** Dr. Professor Gastão Wagner de Sousa Campos*

**CAMPINAS**

**2004**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS  
UNICAMP**

W458s Weller, Silvana Inês  
Serviços de saúde e sexualidade: uma pesquisa desenvolvida  
como dispositivo de gestão / Silvana Inês Weller. Campinas, SP  
: [s.n.], 2004.

Orientador : Gastão Wagner de Sousa Campos  
Tese ( Doutorado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde reprodutiva. 2. HIV ( vírus). 3. Saúde coletiva. I.  
Gastão Wagner de Sousa Campos. II. Universidade Estadual de  
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

SLP

Tese defendida e aprovada, em 18 de março de 2005, pela banca examinadora constituída pelos professores:

---

Prof. Gastao Wagner de Sousa Campos – Orientador

---

Prof. Euclides Castilho

---

Profa. Silvia Santiago

---

Profa. Solange L`Abatte

---

Profa. Vera Paiva

A Rosana Onocko Campos, mistura única de argentina e brasileira.

A Gastão, por sua inteligência e sua generosidade, isto é, por sua sabedoria.

A Claudio Bloch, pela valentia e a companhia.

A Mimis Weller, pela confiança e pelo apoio.

Esteja aqui também expresso todo o meu agradecimento aos companheiros da Coordenação Aids da Secretaria de Saúde do Governo da Cidade de Buenos Aires, especialmente a Agustín Rojo, Fernando Silva Nieto, Sergio Maulen, Ana Bordenave, Ariel Adaszko e Malala Carones.

Desde o mês de dezembro do ano de 2000 compartilhamos o desafio cotidiano de levar à prática um modelo de gestão “à brasileira” (pelo menos à brasileira que nós temos na cabeça), animado pelas finalidades de construir uma saúde melhor que atenda também à produção de coeficientes crescentes de autonomia das equipes e usuários de nosso sistema. É sem dúvida a existência deste âmbito de trabalho cotidiano que possibilitou o desenvolvimento e escritura do presente trabalho.

A Mónica Gogna e Fabian Portnoy, juntos desenvolvimos uma etapa do trabalho.

Aos profissionais e usuários do sistema de saúde entrevistados.

Aos profissionais Sebastián Ares, Graciela Barboni, Cecilia Carranza, Patricia Coll, Celia Cuzzolino, Silvana Larocca, Rubén Luca, Ana María Molina, Marcela Ortiz de Zárate, Hernán Ostuni, Gloria Pomito, María Elena Seidenstein, J. Van der Velde, Sandra Vázquez e Silvina Vulcano por sua participação ativa na análise conjunta dos resultados preliminares.

A Susana Hermosid, Marcela Ortiz de Zárate, Silvina Vulcano e María Eugenia Gilligan, quem aceitaram o desafio de serem ao mesmo tempo pesquisados e pesquisadores. Em nome delas, a todas as pessoas que participaram dos espaços de reflexão coletiva.

|  | <i>PÁG.</i> |
|--|-------------|
| <b>RESUMO</b> .....  | <i>xv</i>   |
| <b>ABSTRACT</b> .....  | <i>xix</i>  |
| <b>INTRODUÇÃO</b> .....  | 23          |
| <b>PRIMEIRA PARTE: APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA</b> .....  | 28          |
| 1. Sexualidade, Estado e serviços de saúde: a necessidade de dar respostas..                           | 28          |
| 2. A Saúde Reprodutiva como resposta: alcances e limites.....  | 32          |
| O caso da Saúde Reprodutiva na Cidade de Buenos Aires.....   | 36          |
| Formulação do problema.....  | 40          |
| <b>SEGUNDA PARTE: DESENHO DA PESQUISA</b> .....  | 45          |
| 1. Síntese do problema.....  | 45          |
| 2. O objeto da pesquisa.....   | 46          |
| 3. Contexto da pesquisa.....   | 48          |
| 4. Objetivos.....  | 53          |
| 5. Passos da pesquisa.....   | 54          |
| <b>TERCEIRA PARTE: RESULTADOS</b> .....  | 62          |
| O sistema em funcionamento.....  | 63          |
| As equipes de saúde: composição e características diferenciais.....                                    | 63          |
| O sistema de saúde onde “vivem” as equipes.....  | 67          |
| Lidando com a sexualidade na consulta.....   | 75          |
| A sexualidade no âmbito da consulta: a necessidade de atenção e os tipos de obstáculos detectados..... | 75          |

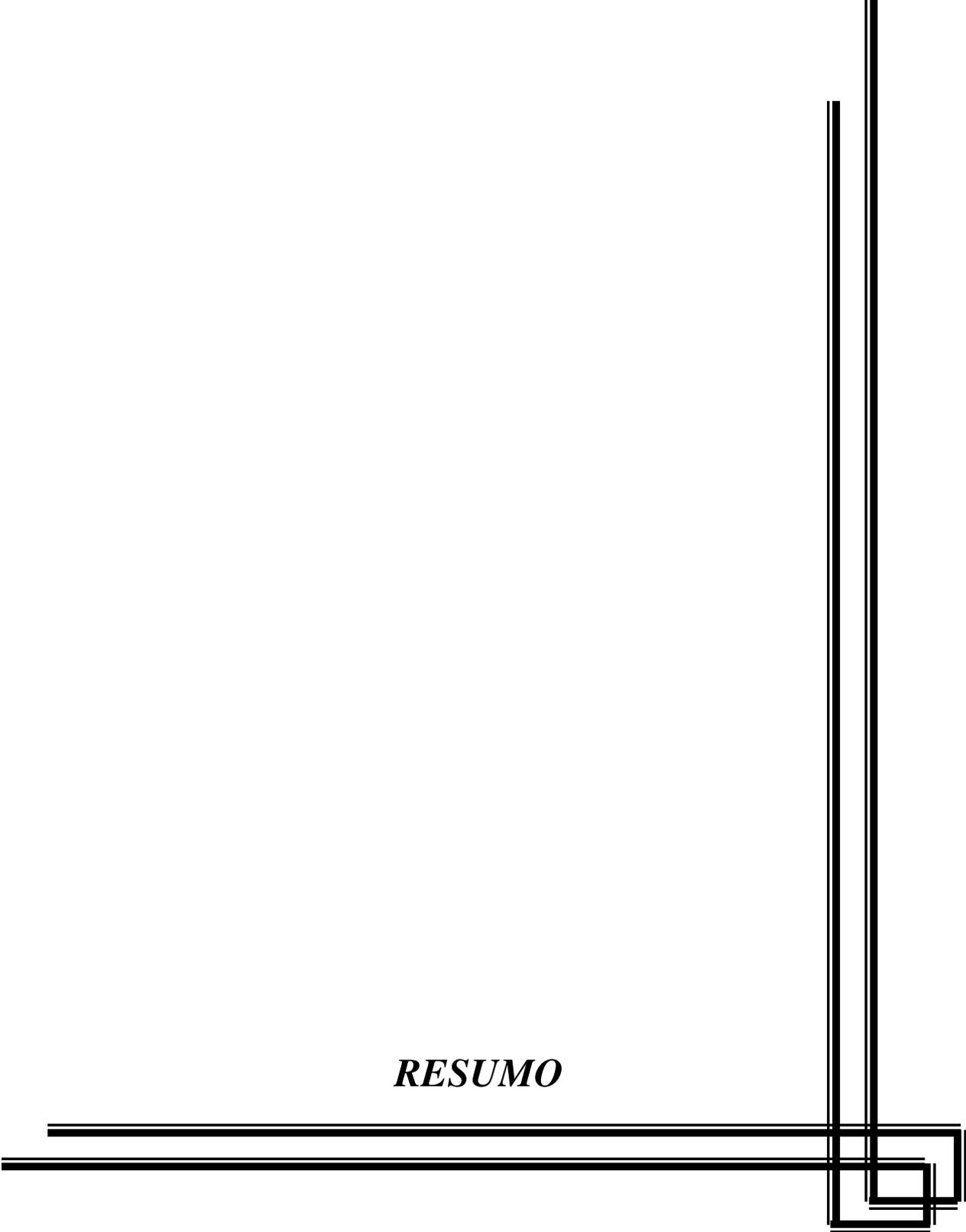
|   |            |
|---|------------|
| As posições e práticas dos serviços de saúde frente à reprodução e anticoncepção em pessoas que vivem com HIV.....  | 88         |
| Posições dos profissionais em matéria de uso de métodos anticoncepcionais.....  | 91         |
| A anticoncepção nas pessoas que vivem com HIV (e possivelmente as que não têm HIV): um curto-circuito dentro do sistema.....  | 93         |
| A pesquisa como dispositivo.....  | 96         |
| Produção coletiva nos espaços.....  | 98         |
| Obstáculos identificados pelos profissionais participantes do encontro no desempenho dos serviços de saúde.....   | 98         |
| Elementos facilitadores para mudar a atenção detectados pelos profissionais.....  | 99         |
| Apresentação com discutidores do relatório final perante os atores relevantes do sistema de saúde.....  | 102        |
| <b>QUARTA PARTE: DO CÉU AOS TERRITÓRIOS.....</b>  | <b>106</b> |
| Considerações sobre o método de pesquisa.....   | 108        |
| Sobre a articulação do HIV/aids e a saúde reprodutiva.....  | 108        |
| Consideração dos atores como parte do problema.....   | 111        |
| Dificuldades dos serviços de saúde para trabalhar as questões vinculadas à sexualidade, os cuidados anticoncepcionais e os desejos e temores de formar família nas pessoas que vivem com HIV..... | 117        |
| Consideração dos atores como parte da solução: a pesquisa como dispositivo de gestão.....   | 126        |
| <b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>  | <b>131</b> |
| <b>ANEXOS– ROTEIROS DAS ENTREVISTAS.....</b>  | <b>143</b> |

## *LISTA DE ABREVIATURAS*

---

|         |  |
|---------|--|
| (PSRPS) | Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável |
| (GCBA)  | Governo da Cidade de Buenos Aires                      |
| (CBA)   | Cidade de Buenos Aires                                 |
| (PVA)   | Pessoas vivendo com aids                               |
| (MVA)   | Mulheres vivendo com aids                              |
| (TV)    | Transmissão vertical                                   |

*RESUMO*



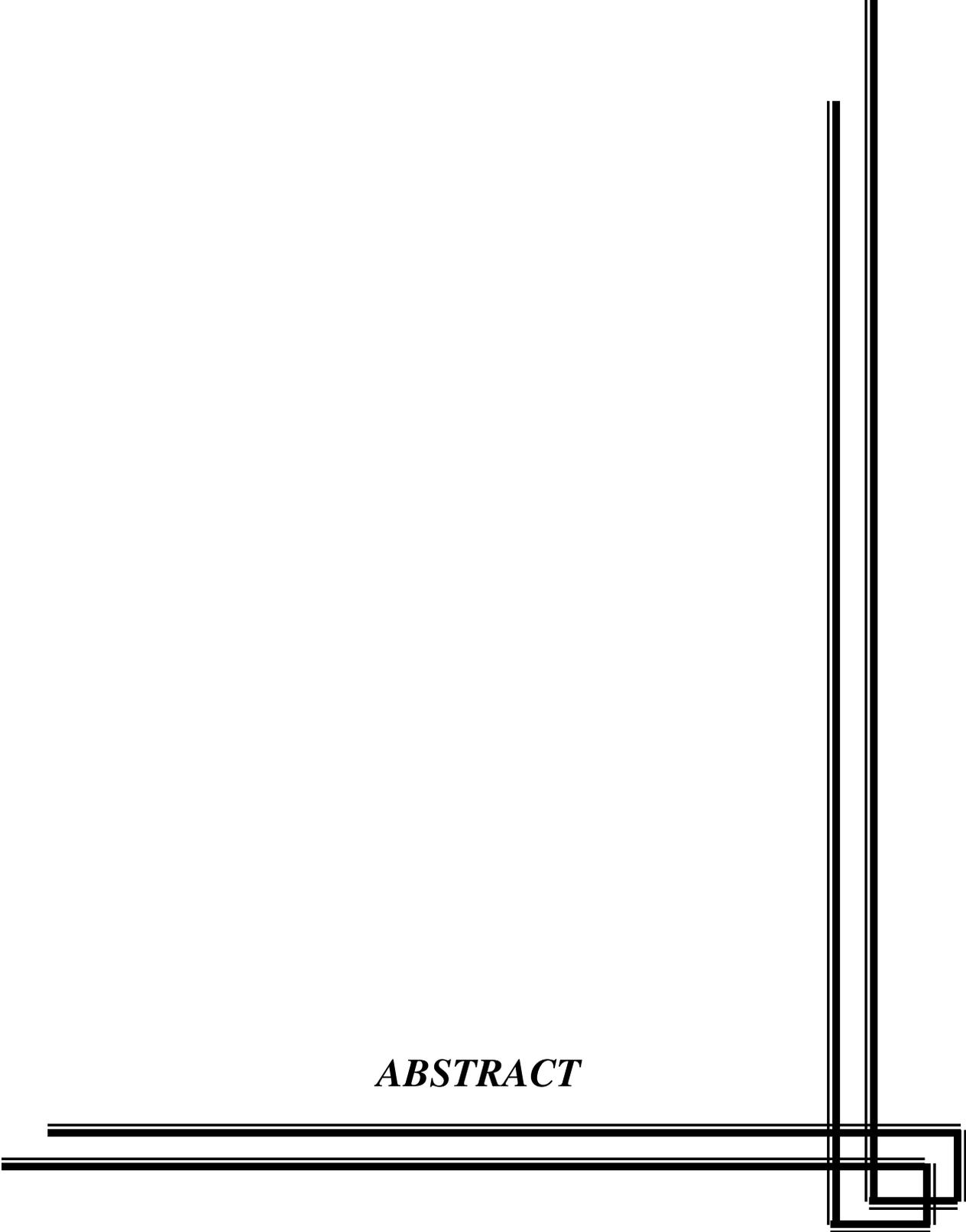
O propósito da tese foi mostrar, através de um estudo de caso na Cidade de Buenos Aires, a importância de focalizar os esforços de gestão em um nível tradicionalmente pouco valorizado: o dos trabalhadores da saúde. Um avanço qualitativo para a implementação das políticas em saúde reprodutiva poderia ser alcançado ao considerar esta dimensão.

Apoiados nos desenvolvimentos teóricos que destacam a dupla finalidade produtiva dos sistemas de saúde públicos – produzir saúde e produzir pessoas- desenvolvemos uma pesquisa a partir de um espaço de gestão, que teve como suporte empírico a realização de entrevistas a médicos infectologistas, ginecologistas e obstetras que trabalham em HIV/aids.

O estudo mostrou que, além das estruturas formais de organização do sistema (leis, programas, relações de hierarquia), há outras lógicas que governam os sistemas, com alto poder de definição sobre a implementação efetiva das políticas. Também são descritos obstáculos que se apresentam aos médicos no momento de oferecer recursos de cuidado para o exercício da sexualidade. A reconstrução do processo de atenção às pessoas que vivem com HIV, permitiu detectar um “buraco negro” em matéria de saúde reprodutiva, curto-circuito que pareceria estar afetando também a população geral.

Articulando desenvolvimentos do campo da gestão, a saúde reprodutiva e a sexualidade, o estudo busca fornecer insumos que melhorem as práticas em saúde atendendo à subjetividade de trabalhadores e usuários.

*ABSTRACT*



The purpose of this thesis is to show, through a case study of Buenos Aires, the importance of focusing the management efforts on health workers sector. We consider that taking into account this dimension it is possible to improve the implementation phase of the reproductive health policy.

Literature underlines the double productive goals of public health systems: on the one hand, to produce health and on the other, to produce people. Based on this theoretical development, we developed a research through depth interviews to physician, and people who live with aids.

The study shows three main results. On the one hand, we found that formal rules (such as, laws, programs, hierarchical relationship) live together with other informal ones that govern the health system, with high impact on policy implementation. On the second hand, we identified some obstacles that physicians find when they need to talk about sexual practices. Finally, the reconstruction of the health attention circuit followed by people with aids, allowed us to detect a “black hole” in the reproductive health system, which also affects general population.

By articulating concepts from three different fields- management, reproductive health and sexuality- this research study brings up some inputs and findings to improve the health attention, taking into account the subjectivity of health workers and clients.

## *INTRODUÇÃO*

## Introdução

Busquei dar espaço neste trabalho de pesquisa a diferentes aspectos e momentos de minha vida profissional. Dei-me uma oportunidade de deter-me em diferentes interrogantes que foram surgindo em situações muito diversas.

O trabalho foi feito por uma psicóloga que apesar de sempre ter procurado se diferenciar do *psicanalismo* (Castel, 1980) que caracteriza fortemente o meio profissional portenho<sup>1</sup>, nunca deixou de pensar que contar com uma perspectiva psicanalítica para observar as pessoas (dentro e fora de um consultório), os grupos e as instituições, gera uma possibilidade extra de compreensão impossível de ser suprida por outras disciplinas sociais.

Escreve aqui uma profissional / trabalhadora da saúde que possivelmente por ter nascido para a vida de trabalho um pouco “indisciplinada”, compartilhou os diferentes espaços de trabalho com pessoas que vinham de outras disciplinas ou saberes.

Nos dez anos de trabalho em um Centro de Saúde da Cidade de Buenos Aires (1990-2000), compartilhamos o desafio de construir equipes para desenvolver o Programa de Procriação Responsável e depois o de HIV/aids com colegas que eram médicos e assistentes sociais; o passar do tempo e as aprendizagens nos permitiram ampliar a equipe com as enfermeiras, administrativos, vizinhos e com pessoas vivendo com aids.

A partir do ano de 1986 iniciei um caminho de pesquisa na saúde, fundamentalmente nos temas de saúde e subjetividade, HIV/aids, saúde reprodutiva, avaliação de programas de saúde; meus docentes e colegas foram psicólogos, sociólogos, estatísticos, antropólogos, médicos sanitaristas, economistas.

Também escreve aqui uma mulher que nasceu no ano de 1963, que quando tinha 12 anos começou a viver em um país que era governado por militares, fato que foi suspenso quando tinha 19 anos e pôde escutar pela primeira vez a palavra política. Palavra que continuou sendo pronunciada como “má palavra” durante muitos anos. Isto não a impediu de aproximar-se de um partido político, porque tinha vontade de “participar” (fazer algo, ter alguma outra identidade coletiva além da preferência pelo rock nacional).

---

<sup>1</sup> Na Argentina chama-se de “portenho” a pessoa nascida na Cidade de Buenos Aires.

A possibilidade de ver legitimada a articulação destas três esferas no campo da saúde– a teórica, a técnica e a política- **encontrei-a por escrito** pela primeira vez quando li a inesquecível “matriz” com o *Postulado de Coerência de Mário Testa* (1989) e **comecei a vivê-la** no início da minha relação “transferencial” com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva brasileira. Este vínculo foi construindo-se desde início dos anos 90, por conhecer personalidades brasileiras que participavam de eventos de debate no meu país; pela leitura de revistas e livros; por meu posterior interesse e contato com o Programa Nacional de HIV/aids do Brasil na gestão do Pedro Chequer, e finalmente, quando tive a boa sorte de iniciar meu doutorado em Saúde Coletiva no Departamento da Medicina Social e Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, com Gastão Campos.

Terá sido a alegria deste grande encontro, a que me impulsionou a desafiar algumas regras não escritas (pelo menos no meu país) e fazer uma tese que fale sobre a sexualidade, mas não sobre os transtornos da mesma, nem sobre a sexualidade das minorias sexuais. Uma tese quase baseada na sexualidade dos heterossexuais; uma tese sobre a sexualidade e os serviços de saúde.

Uma tese que pretende ser acadêmica, mas que na verdade observa os sistemas públicos de saúde, suas equipes e pretende ser escutada principalmente pelos que dão vida à formulação de políticas, aos gestores e às equipes. A intenção de estabelecer um diálogo com um auditório profundamente heterogêneo em conhecimentos e práticas guiou o que pode parecer um percurso levemente eclético onde são tratados de modo pouco exaustivo conceitos provenientes da psicanálise, os estudos de gênero, a gestão dos sistemas, as relações entre o público e o privado, a saúde reprodutiva, o HIV/ aids. Estes corpos teóricos e campos temáticos foram “invocados” com a intenção de responder à pergunta pelo difícil encontro do Estado e a sexualidade, na instrumentalização de políticas e realização de práticas preventivo - assistenciais.

A produção dos últimos anos de Vera Paiva e sua equipe com referência à saúde reprodutiva das pessoas que vivem com HIV, alentou-me para orientar o trabalho de campo nesta mesma direção, apostando em conhecer como se articulam a prevenção do HIV/ aids a partir do Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável da Cidade

de Buenos Aires, assim como conhecer que tipo de resposta estamos dando à saúde reprodutiva das pessoas que vivem com HIV e que são usuárias do sistema público de saúde. Esta decisão baseia-se no entendimento, de que esta articulação dos dois programas que são historicamente verticais (Saúde Reprodutiva, HIV/aids) oferece uma superfície catalisadora das dificuldades mais gerais do campo da saúde para trabalhar com a sexualidade das pessoas, para ver os aspectos vitais nas pessoas “doentes” e os aspectos potencialmente problemáticos nas pessoas sem patologia de base conhecida (as usuárias dos programas de saúde reprodutiva).

Aqueles que lerem o trabalho se incumbirão de dizer, se além de certa melhoria em minha integração egóica, alcançou-se alguma contribuição ao melhoramento da compreensão e gestão de nossos serviços públicos de saúde no momento de atender as problemáticas em que entram em jogo a sexualidade das pessoas.

## Primeira parte: Apresentação do problema

### 1. Sexualidade, Estado e serviços de saúde: a necessidade de dar respostas

O trabalho no campo da Saúde Reprodutiva nos confronta com a intervenção sobre aspectos da vida humana que são tratados com soltura e elegância pela filosofia e a arte. Referimo-nos ao amor e ao desamor, à finitude e à transcendência, à sexualidade. Trabalhamos sobre esta superfície existencial e enigmática, tenhamos isso mais ou menos presente.

E dado que o trabalho em saúde, ou ao dizer de Merhy, a *produção de saúde* (Merhy, 1997<sup>a</sup>), é trabalho de pessoas (trabalhadores da saúde) com pessoas (usuários), trabalhar com a transcendência, a finitude, a sexualidade dos outros, é também trabalhar desde nossa própria posição com respeito a estes assuntos. Colocadas as coisas desta maneira, a primeira tentação (poética) é a fuga para "trás", a um momento mítico em que o sexo, a reprodução / concepção e a morte transcorriam mais próximo de nosso "ser mamífero" que de nosso Ser Humanos (agora com maiúsculo, é a cultura!).

Mas não tem jeito, estamos mais que socializados, trabalhamos em saúde e defendemos a vida. Vivemos em um mundo desigual, onde a vida está ligada aos recursos sociais nela investidos. Por que a sociedade atual precisa da intervenção da biomedicina / atenção sanitária nos diferentes aspectos que constituem a reprodução humana? Não é difícil encontrar respostas vitais a esta pergunta.

O mundo das mulheres divide-se entre as que conseguem ter acesso a métodos anticoncepcionais modernos e seguros e as que não; entre aquelas que podem realizar abortos seguros e as que não; entre aquelas que podem contar no momento do parto com toda a ajuda da tecnologia avançada e as que não. Assim, em muitos países do mundo, o principal problema da saúde das mulheres continua sendo a falta de acesso a métodos anticoncepcionais seguros, o aborto provocado é a principal causa de morte materna e as complicações por abortos feitos por não médicos ou por médicos em condições sanitárias inadequadas constituem a segunda causa de internação hospitalar nos hospitais de grandes cidades (Direção de Estatísticas para a Saúde, 2002; Giffin, 1994). As mulheres que não têm

acesso aos avanços obtidos no século XX continuam adoecendo e inclusive morrendo em muitas partes do mundo por algum acontecimento vinculado à sua reprodução.

As vozes que defendem as mulheres anunciam reivindicações que em alguns momentos parecem contraditórias. O slogan "métodos anticoncepcionais para não abortar, aborto seguro para não morrer" segue tendo enorme vigência em nossos países ao sul do Equador; ao mesmo tempo, há também vozes que alertam adequadamente sobre a medicalização da vida reprodutiva das mulheres (Bretín, 1996; Guarino, 1996; Tanaka & Alvarenga, 1999), especialmente as daquelas que contam com maiores recursos econômicos (Weller et.al., 2003). Por exemplo, para o caso dos métodos anticoncepcionais, a reclamação concentra-se em que os métodos modernos cada vez estão mais ligados à indústria farmacêutica, e seu uso requer maior dependência dos sistemas de saúde. Isso que era reclamado para aumentar a independência das mulheres, gera novos mecanismos de dependência. No entanto, convém tomar posição sobre a gênese destes fenômenos. A indústria pressiona para que as mulheres usem anticoncepcionais, ou a indústria respondeu a uma necessidade social? Acreditamos que a segunda opção é a certa.

Por que os métodos anticoncepcionais tornaram-se uma necessidade social? Esta resposta excede o campo da medicina. Fatos sociais são os que transformam um fato "natural" em um problema social que requer uma resposta. A medicina ganhou um lugar preponderante na reprodução humana, na medida em que conseguiu que as mulheres que têm acesso a certos benefícios, não arriscam suas vidas por manter relações sexuais.

Reflexão similar poderia realizar-se para analisar o papel da medicina frente ao problema da esterilidade. Alguns estudos disponíveis (Chandra & Stephen, 1998; Larsen, 2000; Schmidt et al., 1995; Wulff et al., 1997) indicam que nas últimas décadas não houve modificações significativas na incidência de infertilidade primária e secundária (ao redor de 10% da população feminina ente 15 e 45 anos), porém, os estudos detectam modificações substanciais na proporção de mulheres e/ou casais que procuram na medicina uma resposta a este problema. Muito mais, os estudos resenhados indicam que são as mulheres de maiores recursos econômicos as que podem aceder aos benefícios da reprodução assistida, alcançando assim afastar-se mais uma vez de suas irmãs mais pobres, padecendo também em maior

medida os efeitos iatrogênicos potencialmente derivados destas práticas (Tubert, 1993; Oliveira, 1996; Corea, 1996; Chatel, 1996).

Também as mulheres vivendo como aids (MVA) que contam com recursos econômicos privados ou providos por políticas públicas podem reproduzir-se quase sem risco de transmitir o vírus a seus filhos, graças aos desenvolvimentos científicos dos últimos anos das ciências biomédicas, a atenção sanitária adequada e os êxitos da indústria farmacêutica. Queremos enfatizar então, que é preciso considerar na análise da relação entre a medicina e a sociedade, que a primeira baseia parte de sua legitimidade social em sua capacidade de intervir eficazmente em problemas (às vezes doenças) vinculados à reprodução.

Contudo, também precisamos atender o outro aspecto do problema, isto é, os obstáculos que aparecem quando a medicina / os serviços de saúde intervêm na produção de conhecimento e práticas em áreas onde o eixo é a saúde (como é o caso da Saúde Reprodutiva) e não a doença; onde o núcleo do trabalho é a prevenção (e não a cura de doenças); onde a superfície de trabalho é um aspecto vital e errático (a sexualidade) e não uma patologia. Nossos sistemas de saúde, as equipes e os trabalhadores da saúde devem atravessar, para chegar a algum porto, estas superfícies filosóficas e existenciais com ferramentas chamadas técnicas. Assim estamos...

Dado que -como foi dito- não há para onde voltar, já que não seria desejável imaginar a ausência da participação pública sócio-sanitária como resposta aos problemas de saúde reprodutiva das mulheres, será necessário seguir para adiante. O que quer dizer isto? Agora é preciso verter o dito em uma formulação positiva: os sistemas de saúde, as equipes e os profissionais temos de instrumentalizar políticas públicas, desenvolver programas de ação e contar com modelos de atenção à saúde que lhes permita atuar sobre superfícies extremamente escorregadiças, onde colocam-se em jogo as dimensões do humano que o paradigma positivista da ciência trata de esquecer, esquivar ou derrotar: o "não saber" de nosso ser racional, os "acazos", a paixão, o conflito, o prazer mas também o gozo (entendido como o que nos compele a um ir além do princípio do prazer).

E se falamos de políticas sociais, é imprescindível mencionar o papel dos Estados. Para dizê-lo de uma vez, desenvolver uma política que responda aos delineamentos de uma saúde reprodutiva centrada na equidade, no gênero e nos direitos individuais das

peças de desfrutarem livremente de sua sexualidade, significa a existência de Estados que apostam na construção - através de suas políticas públicas, de seus sistemas legislativos e normativos, de seus sistemas de saúde - de cidadãos autônomos. Não foi este o papel tradicional do Estado nos últimos séculos! Os conhecidos estudos de Foucault (1974) sobre a origem da saúde pública como política de Estado põem de manifesto que o motor da intervenção em matéria de saúde, seja sobre os ambientes, sobre as pessoas, como também sobre a sexualidade das mesmas foi a necessidade do Estado de garantir a reprodução e o controle da população em função de interesses superiores aos da felicidade de cada indivíduo.

A intenção de controle torna-se ainda mais explícita para o caso da atenção à sexualidade. Tal como bem sintetiza Weeks (1998), nos começos do século passado assistimos a uma transferência (ou uma ampliação?) de agentes da definição do sadio e o patológico e agentes também de tratamento: grande parte do poder que ostentava a religião foi tomado pelos novos atores (educadores, pedagogos, psicólogos, sexólogos, etc.).

Todas estas tensões e contradições deixam de ser considerações abstratas quando se realiza o encontro entre usuário e equipe de saúde, encontro que é a raiz de demandas vinculadas ao campo da saúde reprodutiva, tal como procuraremos exemplificar neste trabalho.

O parágrafo seguinte, sobre o uso do preservativo, ilustra com maior clareza a complexidade desse encontro e, portanto, da situação clínica em matéria de saúde reprodutiva.

"Os técnicos que operam com preservativo não emprestam ouvido à complexidade ambígua dos conselhos que predicam. 'Faça o amor tal como eu falo dele', ou seja, como se não existisse. Não é de estranhar que o auditório se estremeça como preso a reações divergentes. Ou talvez sucumba diante da racionalidade que fala ou cede à vertigem (...) Vocês, os que prescrevem condutas razoáveis, não sabem por acaso que trabalham a serviço de um engraçado querubim que dispara flechas com os olhos vendados?" (Gluksmann,1987:10).

Os especialistas em marketing (e as bem-intencionadas equipes de saúde) insistem (insistimos) na necessidade de embelezar o produto, comparando a "venda" de Coca-Cola com a "venda" de preservativos (de saúde?). É possível promover o uso do preservativo negando que seu uso evoca a presença daquilo que quer ser esquecido? (a aids, o medo de uma doença ligada faz poucos anos a um diagnóstico mortal no sentido civil e biomédico). O ingresso dos novos atores ao campo da saúde - os comunicadores - põe de manifesto a pregnância de um vínculo emissor - receptor que evoca o tipo de comunicação dominante entre profissionais - usuários. "Comportemo-nos, como se os desejos não existissem".

Uma das respostas que nossa sociedade produziu como tentativa de reduzir o desigual acesso à informação e aos serviços de saúde necessários para não padecer por problemas derivados do exercício da sexualidade é a proposta da Saúde Reprodutiva, novo paradigma que teve uma repercussão importante nas políticas públicas dos últimos dez anos.

## **2. A Saúde Reprodutiva como resposta: alcances e limites**

*“Absurdo es suponer que el paraíso/ es sólo la igualdad, las buenas leyes  
el sueño se hace a mano y sin permiso / arando el porvenir con viejos bueyes”*

*(De Silvio Rodríguez, cantautor cubano)*

A Saúde Reprodutiva é -do nosso ponto de vista- o paradigma mais avançado com o qual contamos atualmente para pensar e gerar ações em torno dos aspectos saudáveis e problemáticos vinculados à vida sexual e reprodutiva das populações. Ao contrário dos modelos de compreensão anteriores, centrados no controle demográfico (Hardy, 1999), a principal base filosófica da Saúde Reprodutiva apóia-se no direito individual ao gozo, ou pelo menos no de não padecer, pelo exercício da sexualidade (seja esta com intenções reprodutivas ou não).

Na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (CIPD) realizada no Cairo em 1994, alcançou-se uma nova política global de consenso que pôs ênfase em um enfoque de “saúde sexual” e reprodutiva baseado nos direitos. Os

compromissos internacionais centram-se na atenção à saúde de uma perspectiva de gênero, no enfoque da saúde da mulher baseado em seu ciclo de vida, na prevenção da violência contra as mulheres, na maternidade sem risco, na atenção à gravidez não desejada e ao aborto realizado em condições de risco, no reconhecimento da “saúde sexual” e reprodutiva do adolescente, a prevenção das doenças de transmissão sexual, incluindo HIV/ aids, e na problemática da fecundidade (Family Care International, 2000).

O cumprimento dos compromissos assumidos pelos países na CIPD no ano de 1994, ratificados na Conferência Mundial sobre a Mulher de Beijing no ano de 1995, envolvia dispor de sistemas e serviços de saúde que abandonassem os objetivos demográficos típicos do planejamento familiar tradicional, e que atendessem as expectativas reprodutivas e o bem-estar das usuárias, alcançando a integração dos serviços e dos programas, tradicionalmente verticais, que valorizassem a sexualidade e o gênero, promovendo a capacitação do pessoal e assegurando a existência de infra-estrutura adequada, e de mecanismos para a colaboração intersetorial e para o diálogo entre os governos e a sociedade civil.

As políticas de Saúde Reprodutiva tiveram origem global e procuram se impor a partir de níveis supranacionais nas agendas dos países que assinaram os acordos internacionais do Cairo e Beijing já mencionados. Isto significa, tal como assinalam diversos autores (Salles & Tuirán, 1996; Langer, 1999; Galvão & Díaz, 1999; Damián, 2001), que o grande desafio é a implementação das diretrizes que foram acordados.

Apesar de uma grande quantidade de países ter gerado leis, normas e programas, como resposta nacional aos acordos internacionais, é freqüente observar que se tratou mais de mudanças de nomes que de organização de novas estruturas e de novas lógicas. Atualmente os chamados programas de Saúde Reprodutiva se desenvolvem, sem grandes mudanças, a partir das velhas estruturas de atenção materno-infantil e/ou planejamento familiar (Askew & Berer, 2003).

A tradução da plataforma da Saúde Reprodutiva a políticas nacionais capazes de organizar respostas satisfatórias, implica considerar-se uma quantidade de níveis de mediação que são essenciais à implementação plena de uma política social tão complexa quanto esta.

Sônia Fleury (1999) chama a atenção sobre a complexidade da definição das políticas sociais.

Dirá que:

“(…) como um campo da política, a política social trata-se em última instância, de regras e mecanismos que permitem o exercício, manutenção ou mudança, concentração ou distribuição do poder”  
(Fleury, 1999:1).

A complexidade do campo das políticas sociais é fruto dos diferentes e geralmente contraditórios fatores que determinam sua configuração e dinâmica. Fazemos nossa a visão da autora quando enumera os seguintes níveis de mediação nos quais se origina, dirime e se expressa uma política social. Estes são:

- Um **conjunto de valores compartilhados**: a política social está fundada na existência de um princípio de justiça que se produz como parte da construção social que é gerada a partir de valores compartilhados socialmente e normas coletivas que orientam a conduta. Entretanto, a política social expressa uma decisão governamental, a mesma tem como fundamento uma construção coletiva de valores e prioridades. A suposição de valores compartilhados, não desconhece o conflito entre diferentes interesses que convergem na constituição de políticas sociais.

- Um **campo de luta**: o campo de políticas sociais é atravessado pelas lutas e enfrentamentos de diferentes forças sociais. Concepções sobre a vida, o bem-estar, a saúde, a cidadania, os bens públicos, são constantemente redefinidos e **resignificados**, a partir de sua articulação com os diferentes projetos de hegemonia. Este processo de luta ideológica é também um processo de constituição de atores sociais.

- Um **processo de acumulação**: a política social também tem um forte conteúdo econômico, à medida que encontra no processo de acumulação, a definição de suas possibilidades e seus limites, mediados pelo componente político e institucional. Nos anos recentes e cada vez mais, as políticas sociais são determinadas, também, pelos interesses gerados pelos setores empresariais, seja porque representam a possibilidade de consumo das mercadorias produzidas por

eles (medicinas, equipamentos hospitalares, etc.), ou seja, porque se geram formas empresariais das práticas e serviços sociais que dependem do financiamento e/ou do regulamento do poder público.

- Um **aparelho institucional**: os interesses dos grupos sociais devem inserir-se na arena da política pública, à medida que o Estado tem papéis como formulador de políticas, garantia dos direitos, fornecedor, regulador e financiador. A materialização das políticas sociais através de instituições e organizações concretas também é um fator que deve ser levado em conta na análise da determinação das políticas sociais. Sua tradução em estruturas organizacionais, culturas institucionais, capacidade humana e técnica instalada, recursos financeiros disponíveis.
- Um **campo de conhecimentos e práticas específicas**: as políticas sociais participam do processo de reprodução da sociedade, produzindo instituições e modalidades de prática profissional, reproduzindo normas que definem os limites entre o normal e o patológico. Agindo como uma rede de micropoderes relacionada com a provisão de serviços sociais, as políticas sociais caracterizam-se tanto pela incorporação, produção e reprodução de tecnologias e processos, como também pelo fato de o consumo ou utilização do serviço ser geralmente mediado pela presença de um profissional.

“O resultado das políticas sociais está profundamente determinado pelas práticas de interação entre usuário e profissional, interação que é ao mesmo tempo, um colóquio singular e uma atualização / dramatização das relações e estruturas sociais prevalecentes” (Fleury, 1999:9).

Em cada um destes níveis entram em jogo, lógicas e atores diferentes, assim como se mobilizam recursos de diferentes ordens: econômicos, humanos, técnicos. Esta heterogeneidade de lógicas e recursos exige que para alcançar o cumprimento da política é necessário que haja certos níveis de coerência entre os diferentes estamentos.

Tal como foi dito, a plataforma da Saúde Reprodutiva foi gerada a partir de um consenso obtido entre diferentes atores (representantes de governos, ativistas do movimento de mulheres, acadêmicos, sanitaristas, economistas) em um nível supranacional (Lush et.al., 1999; Avila & Corrêa, 1999). Coincidindo com diferentes estudiosos, esta origem negociada por fora dos campos nacionais tem aberto possibilidades, mas também marcado certos limites de origem, que são expressos nas dificuldades de implementação da mesma. Lush expressa o conceito da seguinte maneira:

“Much has been written since the Internacional Conference on Population and Development concerning the gulf between reproductive health rethoric and reality in low income countries” (Lush et.al., 1999:774).

A leitura de trabalhos publicados que oferecem testemunho sobre os processos de implementação de políticas de Saúde Reprodutiva ocorridos em países e cidades da região (Avila & Correa, 1999; Rostagnol, 2001; Diez, 2001; Cesilini & Gherardi, 2002) mostram percursos similares aos que se deram na Cidade de Buenos Aires – cidade na qual foram desenvolvidas as pesquisas empíricas que sustentam esta tese-, com algumas variações locais. Em todos os casos houve uma **ênfase na produção de marcos legais e normativos**, com pouca eficácia na produção de mudanças de impacto real sobre a população beneficiária destas ações.

### **O caso da Saúde Reprodutiva na Cidade de Buenos Aires**

Apesar de a Saúde Reprodutiva e os direitos sexuais e reprodutivos constituírem temáticas cuja relevância pública ao nível internacional tem crescido desde a década de oitenta, na Argentina estas se tornaram públicas uma década depois. Até essa data, a ausência do tema deveu-se basicamente a duas razões (CEDES, 2002). Por um lado, às restrições normativas com relação ao planejamento familiar vigentes na Argentina desde meados dos anos 70 até meados dos anos 80, e pelo outro, à ausência de um debate social que localizasse os interesses e direitos das mulheres com relação à sexualidade e à reprodução no centro da agenda pública (Ramos et.al., 2001).

No ano de 1974, o governo de Isabel Perón sancionou o Decreto N° 659, que proibia as atividades destinadas ao controle da natalidade e estabelecia medidas coercitivas sobre a venda e comercialização de anticoncepcionais, assim como determinava a realização de uma campanha de educação sanitária para destacar os riscos das práticas anticoncepcionais. No ano de 1977, a última ditadura militar impôs o Decreto N° 3938, que continha os “Objetivos e Políticas Nacionais de População” entre as quais se incluía a “eliminação das atividades que promovessem o controle da natalidade”.

Apesar da demora, o advento do regime democrático<sup>2</sup> implicou a derrogação destas normas. No final de 1986, mediante o Decreto N° 2274 foram levantadas as proibições que regiam os serviços de saúde pública e de planos de saúde, **mas isso não supôs a imediata nem generalizada implementação de ações positivas** (CEDES, 2002).

No ano de 1988, criou-se na Cidade de Buenos Aires o primeiro Programa de Procriação Responsável do país (MCBA, 1988), com o objetivo de ofertar informação, assistência e provisão gratuita de métodos anticoncepcionais à população em idade fértil. O Programa foi promovido pela Direção de Materno Infância da Secretaria de Saúde da então Prefeitura da Cidade de Buenos Aires (a partir do ano de 1996, Governo da Cidade Autônoma de Buenos Aires), e contou com o apoio formal de diversas instituições vinculadas à temática no nível local, sociedades científicas de obstetrícia e ginecologia, representantes de organizações não governamentais que trabalhavam pela saúde das mulheres e também do campo legislativo sensibilizados com estas problemáticas.

Os objetivos gerais do programa eram “fomentar idades adequadas para a reprodução, favorecer e estimular períodos intergenésicos não menores de dois anos e evitar gravidez não desejada” (MCBA, 1987:3). Os destinatários do programa eram “a população em geral e as mulheres em idade fértil demandantes em estabelecimentos de saúde, pertencentes à sua área programática”(MCBA, 1988:8).

---

<sup>2</sup> Dezembro de 1983.

A participação dos diferentes atores do movimento de mulheres e do legislativo permitiu obter-se a sanção de decretos e regulamentos que permitiram contar com um forte marco legal e inclusive uma verba orçamentária fixa para a execução do programa.<sup>3</sup>

A Constituição da Cidade Autônoma de Buenos Aires, 1996, diz no artigo 37 que: “reconhecem-se os direitos reprodutivos e sexuais, livres de coerção e violência, como direitos humanos básicos, especialmente decidir responsabilmente sobre a procriação, o número de filhos e o intervalo entre seus nascimentos. Garante-se a igualdade de direitos e responsabilidades de mulheres e homens como progenitores e promove-se a proteção integral da família”.

No ano de 2000 promulga-se a Lei de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável (Lei 418 da Cidade de Buenos Aires) que consolida o marco legal e permitiria repensar os objetivos e estratégias do Programa. O artigo 7 da citada lei contempla, entre outras, as seguintes ações: Informação completa e adequada e assessoramento personalizado sobre métodos anticoncepcionais, sua efetividade e contra-indicações, assim como sua correta utilização para cada caso em particular; prescrição de métodos anticoncepcionais; provisão dos recursos necessários e em caso de ser requerida a realização da prática médica correspondente ao método anticoncepcional escolhido; informação sobre o preservativo, já que no momento é o único método anticoncepcional que ao mesmo tempo previne a infecção por HIV e o resto das doenças de transmissão sexual.

Quanto aos beneficiários do Programa, destaca-se que se trata de toda a população sem nenhum tipo de discriminação e especificamente quem se encontra compreendido em idade fértil. Estes conceitos vêm sendo respaldados pela existência de leis (em particular, a Lei Nº114/99 dos Direitos de Meninas, Meninos e Adolescentes e a Lei Básica de Saúde da Cidade, a Nº 153/99) que garantem de maneira explícita, a cobertura universal e gratuita dos menores de idade.

---

3 Decreto Poder Ejecutivo Nacional Nº 1772/92, no seu artigo 1º inciso 3 e Regulamento (municipal) 47.731 publicado no Boletim Municipal 19.863. 06/09/1994.

Os pontos de atendimento do Programa estão localizados em todos os estabelecimentos que a Secretaria de Saúde da Cidade<sup>4</sup> dispõe, uma extensa rede financiada com recursos do erário público da Cidade<sup>5</sup>, de acesso universal e gratuito para os usuários. Esta Rede envolve 13 Hospitais Gerais de Agudos (praticamente todos contam com Maternidade), 2 Hospitais Pediátricos, 1 Maternidade, 3 Hospitais de Saúde Mental (Psiquiátricos), 1 Hospital de Doenças Infecciosas, os Ginecologistas do Plano Médico de Cabeceira que proporcionam atenção nos 28 Consultórios Médicos em Bairros (CMB) e os 34 Centros de Saúde e Ação Comunitária, dependentes administrativamente dos diferentes Hospitais Gerais de Agudos que atuam como referência de maior complexidade para cada área.

Além disso, também foram implementados nos últimos anos, *mecanismos de monitoria e controle social* (Defensoria do Povo, 2000, 2002; AGCBA, 2003) que produziram informação sobre o funcionamento do programa.

O Relatório Final da Auditoria Geral da Cidade de Buenos Aires sobre o Cumprimento da Lei Nº 418 de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável (AGCBA, 2003:20) expressa em suas conclusões o seguinte:

“Na Cidade de Buenos Aires houve vontade e decisão política para garantir à população o acesso aos meios que assegurem sua saúde sexual e reprodutiva, aprovando o Programa de Procriação Responsável no ano de 1988, ditando o Regulamento Nº 47.731 no ano de 1994 que lhe designa um orçamento próprio de 1 milhão de pesos, e sancionando a lei Nº 418 no ano de 2000.

Esta auditoria comprovou que os postos de atendimento não foram abastecidos adequadamente. Paradoxalmente, registrou-se uma **subexecução** orçamentária de 73 a 75% durante os exercícios 2000/2001 (...) Continua sendo escassa a porcentagem de população que tem acesso aos benefícios do Programa. 5.2% no ano de 2000 e 9.7% no ano de 2001. Apesar de existir este marco normativo e

---

4 Informação provida pela Coordenação do Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável, junho de 2004.

5 Esta ampla rede de fornecedores públicos investe pouco mais de 1.000 milhões de pesos anuais, o que representa mais de 25% do orçamento público do Governo da Cidade de Buenos Aires.

disponibilidade de recursos financeiros, a Cidade não conseguiu modificar os indicadores de Saúde Reprodutiva e assim alcançar as metas do programa, persistindo o aborto como segunda causa de internação dos Hospitais públicos<sup>67</sup>, aumentando os índices de população em idade fértil com sorologia positiva para HIV, e representando os nascimentos de Gravidez Adolescente 6% do total da taxa de nascimentos da Cidade”.

## **Formulação do problema**

Por que contando com um Programa, um orçamento fixo, normas e leis, um sistema público de saúde gratuito com grande quantidade de prestadores e profissionais, agências privadas e públicas de monitoração e controle social, não foi possível até o momento abordar de modo eficaz o problema da Saúde Reprodutiva na Cidade de Buenos Aires? O que devemos revisar? Em que linha devemos avançar? Para onde dirigir nossos futuros esforços?

Antes de traduzir estes grandes interrogantes nas perguntas de pesquisa que organizaram o trabalho empírico, é preciso desenvolver brevemente alguns pontos de partida teóricos que guiaram as indagações.

Nosso trabalho parte da necessidade de revisar três pontos chave inerentes ao desenvolvimento em matéria de Saúde Reprodutiva, sobre os quais é preciso avançar para dar uma nova força a esta política. Estes são:

- 1) As recomendações em matéria de melhora da Saúde Reprodutiva, baseiam-se na existência de um sistema de saúde organizado em função de normas, com uma linha de comando única e com serviços articulados por canais de referência e contra-referência;

---

6 O sublinhado é nosso

7 Para maior detalhe, ver Egressos conforme diagnósticos mais frequentes e residência habitual – Hospitais Gerais de Agudos – Janeiro e Março de 2002. Governo da Cidade de Buenos Aires (Secretaria de Saúde, 2002).

- 2) O interesse em enumerar as práticas que uma boa cobertura contempla em matéria de Saúde Reprodutiva se deu em detrimento de uma análise mais detida sobre a especificidade do trabalho na saúde quando está em jogo a sexualidade das pessoas;
- 3) Os modos habituais de pensar na Saúde Reprodutiva enfatizam a necessidade de contar com normas e programas, e consideram com especial ênfase a categoria de “qualidade da atenção” desde a perspectiva do usuário / cliente, ficando praticamente por fora do campo das preocupações a análise sobre os modos de funcionamento e sobre a complexidade das instituições que oferecem saúde, assim como a das equipes que têm a missão de levar adiante estas práticas.

OS SISTEMAS DE SAÚDE SÃO INSTITUIÇÕES HIPERCOMPLEXAS nas quais é possível detectar a existência de **lógicas diversas**, que ultrapassam com sua força as supostas normas de funcionamento do sistema (Testa, 1993). Estas lógicas permitem entender o porquê do fracasso sistemático das tentativas de organizar um sistema de atenção “piramidal” baseado em referências e contra-referências (Campos, 1997, 1998; Cecílio, 1997), tal como foi postulado já em 1978 no documento de Atenção Primária da Saúde. A consideração de relações não explícitas, mas com alta vigência entre os setores públicos e privados permite também compreender fracassos na “atenção integral” aos pacientes.

Este fenômeno analisado por Campos para a atenção à saúde em geral (Campos, 1997), adquire um sentido particular no campo da Saúde Reprodutiva, à medida que na maioria dos países da América Latina, as práticas de saúde mais freqüentes requeridas pelas mulheres (abortos, uso de certos métodos anticoncepcionais, ligadura de trompas) estão proibidas e, portanto, as mulheres (para além da cobertura particular, da segurança social ou da pública) vêem-se compelidas a recorrer a circuitos particulares, em muitos casos ilegais (Giffin, 1994; Weller et.al., 2003).

Em segundo lugar, consideramos que é necessário deter-se na análise das especificidades que implicam a atenção por parte do sistema de saúde (em particular, desde o sistema público) de questões da vida vinculadas à sexualidade. Tendo como pano de fundo a

moral judeu-cristã ainda dominante em amplos setores da sociedade, é preciso distinguir (Pintaguy, 2001) dentro das práticas que a Saúde Reprodutiva contempla, algumas que “tocam o céu” – as vinculadas com a “mulher mãe” (Fernández, 1993) – tais como a realização de controle pré-natal, assistência ao parto, assessoramento e/ou realização de práticas tendentes a reverter os problemas de fertilidade, atenção ao menor nos primeiros anos de vida, detecção de câncer vinculado com o aparelho reprodutivo) e outras que “tocam o inferno” (que evocariam a “mulher prostituta”: educação em matéria de sexualidade, educação e atenção especialmente orientada à população na faixa etária adolescente, provisão de métodos anticoncepcionais, atenção ao aborto e pós-aborto, diagnóstico e atenção às doenças de transmissão sexual e HIV/ aids).

Apesar de tanto as práticas que “tocam o céu” como as que “tocam o inferno” poderem ser traduzidas a partir de uma postura gerencial administrativista (Campos, 2000) em “procedimentos”, práticas em saúde integráveis, é preciso distinguir as conotações culturais e morais diferenciais que elas implicam. É necessário recuperar o caráter histórico social – o que supõe introduzir as dimensões de poder, tensão e conflito - dos diferentes procedimentos, na medida em que estas dimensões são as que tornam diferente o organizar, por exemplo, uma campanha de vacinação, de uma campanha de distribuição massiva de métodos anticoncepcionais ou preservativos para prevenir o HIV/ aids.

Será preciso deter-nos na reflexão sobre a especificidade do objeto de estudo e intervenção em Saúde Reprodutiva , que não é outro que os avatares vinculados com a sexualidade das pessoas. Quais são os alcances e os limites do sistema de saúde quando deve intervir sobre aspectos da vida que não são só patológicos senão que respondem a aspectos quase existenciais das pessoas? Em que medida tais conceitos como "saúde sexual", "sexualidade segura", "direito a uma sexualidade prazerosa" recuperam os desenvolvimentos sobre a sexualidade produzidos pela antropologia e psicanálise do século passado? E se descartarmos estes conceitos, quais são os valores e conceitualizações que guiariam nossa prática? Será, como dizem os manuais de Saúde Reprodutiva , que é preciso "sensibilizar os profissionais" para que abordem assuntos sobre sexualidade? Como os profissionais e os usuários lidam com as consultas vinculadas à sexualidade, no âmbito do consultório?

Finalmente, passemos a considerar o papel das equipes. A implementação de mudanças na saúde, como é o caso da instalação do novo tipo de atendimento, requer esforços excepcionais em *matéria de gestão* (em sua dimensão de *gerar, criar*) (Onocko, 2003b). Esta necessidade torna-se mais urgente ou imprescindível quando se trata de gerar mudanças em práticas com alto nível de conflitividade social como é o tratamento da sexualidade; carga moral, interesses econômicos criados, etc. Isto foi **minimizado** nas agendas dos impulsionadores do paradigma da Saúde Reprodutiva. Se bem que tenha sido considerado no nível enunciativo, não foram analisadas as mediações necessárias para passar dos enunciados à prática efetiva.

E considerar as mediações significa não só uma operação teórica, senão uma redefinição de cenários e atores: entre as políticas e os resultados, encontram-se as instituições e as equipes de saúde (Onocko, 2002, 2003a). A construção de novas propostas para atender os problemas de saúde requer diagnósticos apropriados, de habilidade técnica para propor caminhos alternativos aos procedimentos que estão sendo realizados, e também e fundamentalmente do **compromisso dos atores** envolvidos com as propostas de mudança.

Esta forma de abordar **a gestão da saúde** parte de uma maneira de pensar que, mesmo não sendo a mais tradicional, atualmente conta com desenvolvimentos conceituais e de aplicação em centros de saúde, hospitais e também aplicados a sistemas de saúde no nível municipal (Campos, 1997, 2000).

Na maneira tradicional da gestão da saúde pública, destaca-se a dissociação entre os que planejam e os que normatizam por um lado (os gestores ou funcionários) e os que executam os planos e as normas (as direções dos estabelecimentos e as equipes de saúde) (Campos, 1998, 2000). Tal como destaca Campos nas obras citadas, a realidade é mais complexa, na medida em que nos serviços públicos de saúde (e possivelmente também nos particulares) todos os atores (as direções dos estabelecimentos, os profissionais da saúde, o pessoal técnico administrativo, os usuários do sistema) têm diferentes graus de poder e, por conseguinte, capacidade de planejamento.

Esta forma de pensar a gestão em saúde sustenta-se em uma aposta política de maior envergadura que é a seguinte: a produção da saúde pública tem uma dupla finalidade que é a de produzir saúde, mas também a de produzir sujeitos –os profissionais, os usuários-

com níveis crescentes de autonomia (Campos, 2000), missão esta, a da construção de autonomia, que rege (ou pelo menos deveria...) os caminhos dos governos democráticos (Nunes, 1994, Fleury, 1997).

A maneira em que costuma se organizar a atenção à saúde, reconhece de modo explícito só uma lógica, que é a lógica do poder formal e da norma. Tudo o que acontece fora destes canais é traduzido como falha do sistema e classificado como fracasso. Emerson Merhy (Merhy, 1997a), pelo contrário propõe considerar as falhas de sistema como *ruídos* a serem escutados. Ele dirá que as falhas do sistema (ou seja, as falhas do procedimento normatizado) estão denunciando a presença de outras lógicas que não estão sendo consideradas pelo técnico / planejador na hora de propor novas tecnologias de trabalho.

Assim, a terceira linha que nos guia neste trabalho é a de pensar que o mandato de ter que trabalhar/ produzir práticas de saúde onde está em jogo a sexualidade dos pacientes/usuários, “faz ruído” (Merhy, 2003) no interior das equipes e estabelecimentos de saúde. Haveria uma resistência **silenciosa, mas ativa** que está dificultando o cumprimento dos *contratos* que a Cidade tem com seus habitantes (garantir os direitos reprodutivos). Acreditamos que é preciso aprofundar o estudo sobre estas lógicas, e isto é o que se propõe nossa pesquisa.

## Segunda parte: Desenho da pesquisa

### Uma pesquisa com dupla finalidade

#### 1. Síntese do problema

Tal como expusemos na seção anterior, na Cidade de Buenos Aires estariam dadas a maioria das condições que a literatura recomenda (Cesilini & Gherardi, 2002) a fim de dar resposta aos problemas mais urgentes em matéria de Saúde Reprodutiva. Também procuramos mostrar que os avanços legislativos, orçamentários e programáticos não conseguiram ser traduzidos em uma resposta suficientemente eficaz, persistindo o aborto provocado como a causa mais importante –depois dos partos- de internação nos hospitais públicos da Cidade.

Das numerosas hipóteses que poderiam ser formuladas para avançar na compreensão deste fenômeno (Lindstrom, 1998; Marston & Cleland, 2003), aqui temos priorizado –seguindo os desenvolvimentos de Sonia Fleury e outros autores (Palmer et.al., 1999; Lush et.al., 2003)- indagar o campo dos *níveis de determinação* que intervêm na realização de uma política social; em particular, os referidos ao **aparelho institucional** (entendido como espaço onde são dirimidas as tensões e as lutas de poder entre diferentes grupos sociais) e ao **campo de conhecimentos e práticas específicas**, isto é, a realização das políticas no encontro com os beneficiários das mesmas.

As considerações anteriormente citadas de Campos, Onocko Campos e Merhy a respeito da especificidade da *produção de saúde*, como também sobre a *dupla finalidade* dos sistemas públicos de saúde (produzir sujeitos, produzir saúde), orientam-nos a focar nossa atenção nas dimensões subjetivas dos trabalhadores da saúde. Estas se expressariam nos tipos de *vínculo* que estes trabalhadores vão construindo com relação ao seu trabalho (*a Obra*<sup>8</sup>) e aos diferentes atores que conformam o sistema de saúde (chefes, colegas de equipe, subordinados), incluídos os usuários, como também com relação às leis e normas que do ponto de vista formal regulamentam sua prática profissional.

---

<sup>8</sup> Campos define a Obra como “o resultado de trabalho sempre que se consiga articular (aproximar) *Objeto de Investimento* do trabalhador (objeto sobre o qual consegue investir afetos) com *Objeto de Trabalho* e com a produção de valores de uso” (Campos, 2000: 235).

## 2. O objeto da pesquisa

### **A atenção no âmbito do sistema público da Cidade de Buenos Aires da Saúde Reprodutiva das pessoas vivendo com aids**

Com o propósito de melhorar a compreensão sobre como lidam os profissionais da saúde e os próprios usuários com os aspectos vinculados à sexualidade na consulta médica e/ou com a equipe de saúde, decidiu-se trabalhar sobre um recorte particular de objeto, **que é o encontro entre a atenção à Saúde Reprodutiva e a problemática do HIV**. Este encontro tem duas direções, na medida em que: 1. é preciso prevenir o HIV na população em idade reprodutiva (promoção da chamada “dupla proteção<sup>9</sup>”), e 2. é necessário considerar a Saúde Reprodutiva das pessoas que vivem com HIV, isto é, o exercício da sexualidade, o direito a formar uma família e o direito a evitar a gravidez não desejada com um método adequado ao seu estado de saúde e às suas preferências pessoais.

O respeito pela vida sexual das pessoas vivendo com aids (PVA) e suas decisões reprodutivas constitui também uma estratégia que favorece o controle da epidemia, fato que se torna evidente quando consideramos a prevenção da transmissão vertical do HIV. Desde o início da epidemia houve vozes que chamaram a atenção para a falsa contradição que se instalara entre os direitos individuais das pessoas com HIV e a proteção da saúde pública (Tomasevski, 1991). A detenção da transmissão vertical exemplifica mais uma vez a necessidade de articular as duas lógicas.

O problema da transmissão vertical do HIV tem uma importante relevância epidemiológica na Cidade de Buenos Aires, tal como é possível observar nos dados que são apresentados em seguida (Secretaria de Saúde, 2002, 2003):

- ✓ A transmissão vertical é o antecedente de 7.4% do total de casos de aids atendidos na cidade.
  
- ✓ Quase 1% das mulheres grávidas que são atendidas na Cidade têm HIV.

---

<sup>9</sup> Por *dupla proteção* se entende o uso de um método anticoncepcional e um método de barreira para prevenir ITS.

- ✓ Diferente do que aconteceu na década anterior, quando o diagnóstico e a atenção de PVA se concentrava fortemente em dois hospitais de referência<sup>10</sup>, nos últimos anos todos os hospitais da Cidade estão diagnosticando e atendendo pessoas com HIV.
- ✓ Outra mudança que ocorreu nos últimos cinco anos, tem a ver com a distribuição dos casos em função da via de transmissão do HIV. Assim, a primeira via de transmissão do HIV são as relações sexuais sem uso de preservativo entre pessoas heterossexuais e há uma crescente participação das mulheres nas **novas infecções** notificadas (homem/mulher= 1.9).
- ✓ A maioria absoluta da população afetada pelo HIV está em idade reprodutiva.

É sabido que a principal recomendação para uma PVA é utilizar o preservativo, com o tríplice objetivo de evitar contrair novas infecções, prevenir a transmissão do HIV a parceiros sexuais supostamente não infetados e prevenir gravidez não desejada (em seu caráter de método contraceptivo)<sup>11</sup>. Porém, a informação epidemiológica do nosso país e a relatada por pesquisas realizadas em outros países, como também a realidade cotidiana das pessoas que vivem com o vírus e as situações que enfrentam os serviços de saúde evidenciam que a resposta da população é bem mais heterogênea:

- Há pessoas que usam o preservativo de modo constante;
- Há pessoas que desejariam usá-lo, mas encontram obstáculos de diferente tipo para fazê-lo (consegui-los, acordar o uso com o parceiro, etc.);
- Há pessoas que querem ter filhos e de fato os têm;

---

<sup>10</sup> Sobre um total de 9515 casos de AIDS notificados de pessoas **residentes** na Cidade de Buenos Aires (1983-2003), o Hospital Francisco Muñiz notificou 46,5 % e o Hospital Fernández 16,5%.

<sup>11</sup> Convém destacar que esta é também a recomendação mais indicada para pessoas que desconhecem sua sorologia respeito do HIV e a de seus parceiros sexuais.

- Há pessoas que não gostariam de ter filhos (“nunca” ou “no momento”), mas não podem usar o preservativo de modo constante e requereriam um método contraceptivo extra.

Pesquisas realizadas sobre populações de pessoas afetadas pelo HIV confirmam estas observações empíricas, já que mostram que as PVA mantêm sua vida afetiva e sexual após o diagnóstico, que apenas uma proporção consegue usar preservativo de maneira adequada e consistente, que muitas pessoas requerem métodos anticoncepcionais para suprir ou complementar o uso do preservativo, e que muitos homens e mulheres desejam ter filhos depois do diagnóstico (Paiva et al, 2002a, 2002b). Este último parece ser especialmente relevante nos casos de pessoas jovens que ainda não têm filhos (Chen et al, 2001; Chu et al., 1996; Kline et al., 1995; Lindsay et al., 1995).

Tal como sublinham diferentes autores ocupados com esta problemática, e da articulação entre o campo da Saúde Reprodutiva e o do HIV/ aids, um aspecto pouco levado em conta na prevenção da transmissão vertical é a sexualidade e a capacidade reprodutiva das PVA (Santos et.al., 2002; Paiva et.al., 2003; Berer, 2003; Askew & Berer, 2003).

Assim, é possível traduzir o objeto da pesquisa na seguinte pergunta: Que resposta está dando o sistema de saúde à vida sexual ativa, à fertilidade, ao desejo de ter filhos ou não tê-los, das PVA?

### **3. Contexto da pesquisa**

#### **A pesquisa como dispositivo de gestão**

No ano 2001 fui convidada a formar parte da equipe de trabalho da então recentemente criada Coordenação Aids da Secretaria da Saúde do Governo da Cidade de Buenos Aires (GCBA), espaço de gestão onde foi implementado nosso trabalho de pesquisa.

A Coordenação Aids tem procurado construir –na medida do possível- um modelo de gestão participativa que tem como horizonte estratégico político de todas suas ações o fortalecimento das capacidades autônomas dos membros da equipe que a conformam, como também a das equipes de saúde que encaminham e executam as ações preventivas e assistenciais em matéria de HIV/ aids dentro do sistema público de saúde da Cidade. Em conformidade com os desenvolvimentos de Testa (1993) e Campos (1998; 2000) se considera que:

“A democratização interna da organização sanitária é um dos elos imprescindíveis para a transformação do setor saúde em um sistema organizativo que se encontre REALMENTE ao serviço do conjunto da população” (Testa, 1993).

Uma das formas de levar para a gestão cotidiana este objetivo estratégico - utopia?- consiste na busca de oportunidades para a construção de *espaços coletivos* onde diferentes atores do sistema e da sociedade civil possam expressar seus pontos de vista, seus modos de definir os problemas que requerem intervenção e as análises de obstáculos e facilitadores para implementar as ações que vão sendo definidas como necessárias. A atenção da prevenção da transmissão vertical foi encarada dentro destas considerações gerais.

Com o fim de gerar um espaço normativo comum para a atenção à transmissão vertical, promoveu-se a partir da Coordenação Aids um **processo participativo** de trabalho que concluiu com a redação e edição impressa das *Recomendações para a Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, o Tratamento da Infecção em Mulheres Grávidas e o Aconselhamento sobre Procriação e Anticoncepção em Casais Soropositivos ou Sorodiscordantes* (Secretaria da Saúde, 2002b)<sup>12</sup>.

As *Recomendações* ocupam-se de formular diretrizes sobre algumas práticas que gozam de consenso no interior das equipes (práticas de caráter biomédico) tais como a necessidade de ofertar teste de HIV na mulher grávida, a necessidade de aplicar diferentes

---

<sup>12</sup> Estas *Recomendações* foram aprovadas por meio da Resolução 78/03 da Secretaria da Saúde, publicada no Boletim Oficial do dia 30-01-03; as *Recomendações* foram distribuídas nos diferentes serviços de saúde.

tratamentos preventivos, em função dos diversos cenários que são projetados na atenção à mulher grávida diagnosticada com HIV, a promoção da suspensão da lactância e provisão de leite modificado para a alimentação do recém-nascido e o acompanhamento do neonato até seu diagnóstico definitivo. Mas também, avançam sobre outros aspectos pouco legitimados como é o caso do aconselhamento pré e pós-teste<sup>13</sup> acompanhando o pedido do exame do HIV, a oferta de teste para o parceiro da mulher grávida, e a necessidade de incorporar ao processo de atenção, no momento do pós-parto, o aconselhamento em reprodução e anticoncepção e a provisão de métodos anticoncepcionais.

A recomendação de prover um componente de Saúde Reprodutiva para as pessoas que vivem com HIV merece duas considerações especiais. Por um lado, esta proposta introduz um aspecto francamente novo dentro do sistema, na medida em que significa não só fazer coisas que antes não eram feitas, e que obriga a revisar concepções de alta vigência dentro da equipe profissional. Tal como veremos, e apesar da complexidade da problemática, a maioria dos profissionais restringem a oferta de propostas de cuidado nas relações sexuais das PVA à forma normativa e universal de usar sempre preservativo. Mas, além disso, e tal como se desenvolveu na primeira seção desta tese, a atenção à Saúde Reprodutiva não está adequadamente resolvida nem sequer para a chamada “população geral”, isto é, para a população não infectada pelo HIV.

Apresentavam-se então dois tipos de problemas, separados apenas para fins analíticos: por um lado, era necessário conhecer com maior profundidade e de modo sistemático (pesquisar) quais práticas estavam sendo implementadas dentro dos serviços de saúde a respeito destes pontos sobre os quais as *Recomendações* se propunham a gerar mudanças; por outro lado, na medida em que não se fizesse algum tipo novo e sistemático de gestão com as equipes, as diretrizes corriam sério risco de se transformar em “letra morta”, propostas de boa qualidade, mas sem viabilidade política para serem implementadas.

Foi neste contexto que se pensou em se realizar uma pesquisa que pudesse servir também como *dispositivo* de gestão, como ferramenta que permitisse criar *espaços coletivos* - isto é *rodas*- onde os diferentes protagonistas do sistema tivessem oportunidade de participar

---

<sup>13</sup> Apesar de a Lei da AIDS de nosso país obrigar à realização do teste em um âmbito de consentimento informado, assessoramento e confidencialidade, estas práticas são restringidas à população, fato que se expressa, por exemplo, na alta taxa de estudos realizados e não retirados (Weller, 2003).

ativamente na definição dos problemas, a análise das situações e a tomada de decisões sobre as estratégias a seguir.

“Espaço Coletivo é um lugar e um tempo específico em que ocorrem encontros entre Sujeitos, construindo-se oportunidades para análise e tomada de decisão sobre temas relevantes. O Método da Roda propõe-se construir ativamente espaços com estas finalidades, integrando-os em sistema de gestão participativa segundo quatro planos: dois estruturados e inscritos nos organogramas das organizações – os conselhos de co-gestão e os colegiados de gestão; e outros dois de caráter eventual e dependentes do contexto e da necessidade – **dispositivos**<sup>14</sup> eventuais (oficinas, assembleias, seminários, etc.) e encontros cotidianos entre distintos Sujeitos objetivando análise e tomada de decisões” (Campos, 2000:232).

O conceito de *dispositivo*, tal como o estamos empregando nesta pesquisa, foi desenvolvido, em discussão com uma série de outros autores, por Campos (2000) em *Um método para análise e co-gestão de coletivos* (Método da Roda), método que aspira a gerar conceitos e ferramentas para modificar os modelos tradicionais de gestão através de diversos “arranjos” e “dispositivos” (espaços coletivos de diferente natureza) com a intenção política de democratizar os modos de produzir saúde e de vincular-se entre os atores do sistema.

Em trabalhos posteriores, Onocko Campos (2003a, 2003b) desenvolveu o conceito e gerou uma ampla gama de recursos conceituais e técnicos com o propósito de transformar a atividade muitas vezes burocratizada de *planejamento* em dispositivos que permitissem às equipes revisar de modo coletivo os *sentidos* de suas ações. Segundo a autora,

“A organização ou estabelecimento produz ativa e estruturalmente dominação, alienação e controle... essa produção instituída numa direção, pode e deve ser estimulada para produzir outros sentidos: criação, solidariedade, amizade” (...) “a primeira questão seria abrimos para a gestão um lugar e um tempo. Criar e instituir espaços nos quais possa-se experimentar tomada de decisões coletivas. Espaços nos quais seja possível formular projetos. Espaços que possam virar instâncias (Lagache & Pontalis, 1992) no sentido de processar aquilo

---

<sup>14</sup> O sublinhado é nosso

que lhes chega, e ter um grau de análise da implicação maior com aquilo que produzem” (Onocko Campos, 2003b:122).

“É função do planejamento fazer a mediação entre o objetivo do trabalho em saúde e o reconhecimento – intervenção sobre a subjetividade dos grupos que estão em ação. Assim, atualmente retomamos a idéia de Planejamento como mediação mas já não mais como tecnologia” (Onocko Campos, 2003a:31)

Caminho similar empreendeu Pereira Furtado, que encontrou na tarefa de *avaliação de programas* uma oportunidade para “estabelecer coerência entre avaliação e sistema de gestão participativa” (2001: 165) destacando a necessidade de se colocar profissionais e usuários no primeiro plano do processo de avaliação

“Os grupos de interesse em uma dada intervenção, a consideração da complexidade e diversidade do contexto, os dados e construções daí originados, a preocupação com a utilização das informações e do próprio processo avaliativo como dispositivos para o desenvolvimento dos programas e serviços” (Furtado Pereira, 2001: 180).

Colocadas as coisas desta maneira, a pesquisa em saúde em um espaço de gestão, pode ser uma ferramenta válida na medida em que permite conhecer de um modo sistemático as diferentes lógicas e interesses que estão operando no sistema em torno de um problema concreto que se procura modificar. Ao mesmo tempo, a pesquisa em sua qualidade de dispositivo pode funcionar como organizador de instâncias coletivas de transferência, elaboração e análise de informações diversas.

Não nos referimos aqui à pesquisa que parte de considerar sujeitos de pesquisa, por um lado (os investigadores), e objetos a serem pesquisados, por outro (os profissionais da saúde, os usuários), e sim à pesquisa de sujeitos com outros sujeitos. Os sujeitos da pesquisa são atores inteligentes, que não apenas proporcionam informação, mas também têm capacidade de refletir sobre a informação que fornecem e modificar suas práticas como resultado desse processo.

Quem convidar a esta roda, a este espaço coletivo promovido pela pesquisa? Prevenir adequadamente a transmissão vertical do HIV significa, em termos operativos, as seguintes ações:

- 1) Prevenção do HIV na população em idade reprodutiva, através da promoção do uso do preservativo e a oferta de teste voluntário
- 2) Oferta universal do teste de HIV na mulher grávida e seu parceiro
- 3) Atenção adequada na gravidez, parto e pós-parto da mulher diagnosticada com HIV
- 4) Inclusão do componente de aconselhamento em reprodução e anticoncepção em casais soropositivos ou sorodiscordantes, com o fim de prevenir a gravidez não desejada, espaçar de modo adequado novos nascimentos e contar com ferramentas para programar futuras gravidezes que permitam encontrar o casal no melhor momento de sua patologia de base para reproduzir-se.

Se traduzirmos estas linhas de trabalho na **organização do sistema de saúde**, os **atores** destes processos são os médicos infectologistas, os médicos obstetras, os ginecologistas e demais profissionais do programa de Saúde Reprodutiva e procriação responsável e os próprios usuários do sistema, pessoas que vivem com HIV.

#### **4. Objetivos**

##### **Objetivo geral**

- Aprofundar o conhecimento sobre as *instâncias* de mediação existentes entre a formulação de políticas em Saúde Reprodutiva e a realização destas nos beneficiários, com especial ênfase nas dimensões do *aparelho institucional* e do *campo de conhecimentos e práticas específicas dos profissionais da saúde*

## Objetivos específicos

- Explorar e descrever redes informais e critérios normativos que organizam o agir cotidiano dos profissionais da saúde
- Explorar e descrever posições e práticas dos profissionais da saúde a respeito da oferta de cuidados relativos ao exercício da sexualidade dos usuários
- Descrever a implementação de uma pesquisa como *dispositivo* de gestão

## 5. Passos da pesquisa

O trabalho de pesquisa que desenvolvemos a fim de responder os objetivos assinalados envolveu as seguintes etapas ou passos, que se apresentam em ordem cronológica:

- a. Redação de um protocolo de pesquisa (setembro 2002)
- b. Revisão e aprovação do protocolo por parte de um Comitê de Ética
- c. Realização de entrevistas (dezembro 2002 –outubro 2003)
- d. Primeira análise das entrevistas
- e. Encontro de devolução de primeiros resultados aos profissionais entrevistados (novembro 2003). Crônica do encontro.
- f. Redação do relatório final da pesquisa (março-maio 2004)
- g. Organização e realização de um evento para apresentar e discutir o relatório final (maio–junho 2004). Crônica do encontro.
- h. Nova edição das Recomendações junto com o relatório final da pesquisa.
- i. Nova análise das entrevistas e das crônicas em função dos objetivos da tese.
- j. Redação do presente documento.

## 5. a. Redação de um protocolo de pesquisa

No mês de setembro de 2002 foi concluído um protocolo de pesquisa que tinha como título *Diagnóstico de obstáculos para a promoção dos direitos sexuais e reprodutivos nos serviços públicos de saúde da Cidade de Buenos Aires*. Para a realização do protocolo e para a organização do trabalho de campo, a Coordenação Aids realizou um acordo de colaboração com uma instituição acadêmica, o Centro de Estudos de Estado e Sociedade.

Os objetivos incluídos no protocolo eram:

### **Objetivo geral:**

Identificar os fatores culturais, institucionais e subjetivos que facilitam ou obstaculizam a atenção da reprodução e anticoncepção em PVA.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar os graus de conhecimento e preocupação, como também as atitudes que os diferentes grupos de profissionais e os usuários/pacientes têm sobre este problema
- Identificar as opiniões dos integrantes da equipe de saúde perante os desejos das pessoas de regular sua fecundidade, como também de ter um filho no momento mais adequado **para** a patologia de base
- Nos casos nos quais já se estivesse trabalhando sobre estes problemas, identificar o tipo de práticas que estavam sendo implementadas
- Conhecer as opiniões dos profissionais e dos usuários dos serviços acerca das políticas que a Coordenação Aids busca impulsionar para avançar no cumprimento das *Recomendações*, a saber: a conformação de pelo menos um lugar de referência na cidade para assessorar e intervir nos processos reprodutivos das PVA e institucionalização de práticas de anticoncepção em PVA

## **Coleta de dados**

Entrevistas em extenso (ver em Anexo os roteiros de entrevistas utilizados) a profissionais da equipe de saúde e pessoas que viviam com HIV, usuárias do sistema público de saúde da Cidade.

Nas entrevistas com os **profissionais da saúde** foram indagadas, entre outras coisas, as seguintes dimensões comuns, as que foram adaptadas segundo a especialidade do profissional: perfil sociodemográfico da população usuária (sexo, idade, nível educacional), temas habituais na consulta (propostos pelo profissional e pelo paciente), vida sexual e reprodutiva (perguntas e indicações mais frequentes, aconselhamento, encaminhamento), grau de conhecimento acerca das *Recomendações para a prevenção da transmissão vertical*. Opinião acerca delas.

Nas entrevistas com os **usuários** foram pesquisadas as seguintes dimensões: dados sociodemográficos, experiência com os serviços de saúde (infecologia, saúde reprodutiva, obstetrícia), decisões reprodutivas (conhecimento e uso de métodos anticoncepcionais e/ou preservativo; intenção de novas gravidezes, expectativas de apoio desde o sistema de saúde).

## **População entrevistada**

Médicos infectologistas (10 entrevistas), médicos obstetras (10 entrevistas), ginecologistas do Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável (10 entrevistas) e usuários do sistema, pessoas vivendo com aids (10 entrevistas).

## **Critérios de seleção dos profissionais e das pessoas com HIV entrevistadas**

O estudo, de tipo qualitativo e exploratório, propunha-se reconhecer leques de situações que estivessem acontecendo dentro do sistema da Cidade, não pretendendo obter resultados quantitativos nem generalizáveis.

Assim, a seleção dos entrevistados baseou-se na *amostra intencional* ou seleção de unidades de análise baseada em critérios. Tal como assinalam Grotz & LeCompte (1988), a seleção baseada em critérios exige que o pesquisador determine antecipadamente um conjunto de atributos que devem possuir as unidades de estudo. Em função do conhecimento disponível sobre o funcionamento do sistema de saúde, os entrevistados foram selecionados em razão de sua instituição de pertença, tomando para cada grupo de entrevistados os seguintes atributos das instituições onde se desempenhavam:

- 1. Infectologistas** de serviços com alto volume de pacientes com HIV (Hospitais Muñiz, Fernández, Durand, Sardá); infectologistas de serviços com baixo volume de pacientes HIV (Hospitais Penna, Subizarreta, Tornú); infectologistas que atendem crianças com HIV (Elizalde, Fernández);
- 2. Ginecologistas das equipes** de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável: hospitais com importante trajetória (“pioneiros”) (Alvarez, Rivadavia, Sardá); de hospitais com alto volume de pacientes com HIV (Durand) e dos centros de saúde que recebem a população mais pobre da cidade (Centros de saúde N° 5 e 12).
- 3. Obstetras** “experientes” em gravidez e HIV (Durand, Fernández, Santojanni); obstetras em serviços com alto volume de partos (Sardá, Argerich, Ramos Mejía).

Entrevistas com **usuárias/os de serviços** de infectologia: os critérios para a seleção foram o sexo e ter/não ter filhos.

## **5. b. Revisão e aprovação do protocolo**

O protocolo, junto com os roteiros de entrevistas e os modelos de consentimento informado foram enviados ao Comitê de Ética do Hospital de Enfermidades Infecciosas Francisco Muñiz<sup>15</sup>. Depois de algumas modificações e pedidos de esclarecimento que foram considerados, o protocolo foi aprovado.

---

<sup>15</sup> O Hospital de Enfermidades Infecciosas Francisco Muñiz é referente na Cidade em atenção de HIV/aids.

### **5. c. Realização de entrevistas**

Tomaram-se em total 40 entrevistas entre dezembro de 2002 e outubro de 2003. Com o consentimento informado dos entrevistados, as entrevistas de uma hora cada uma (aproximadamente) foram gravadas e depois transcritas, transformando-se os textos nas unidades de análise da pesquisa. As entrevistas a profissionais foram realizadas sempre em seus lugares de trabalho, em horários previamente marcados. A captação de usuários para as entrevistas foi realizada na sala de espera de dois hospitais onde foi possível encontrar um espaço adequado (reservado) para o trabalho de entrevista.

### **5. d. Primeira análise das entrevistas**

O plano de análise das entrevistas envolveu quatro passos, cada um dos quais permitiu diferentes modos de aproximação ao problema sob estudo:

- 1) O trabalho de análise sobre cada uma das quarenta entrevistas permitiu resgatar a lógica que cada entrevistado seguiu em suas argumentações, incluindo tanto as seqüências racionais como a aparição de marcas subjetivas no modo de lapsus, contradições, tons de voz, mudanças de clima, risos.
- 2) A leitura de todas as entrevistas do mesmo “grupo” de entrevistados, ou seja, as dez entrevistas a médicos infectologistas, as dez a médicos obstetras, as dez aos ginecologistas vinculados ao programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável e as dez aos usuários do sistema de saúde (PVA) permitiu detectar as regularidades de cada grupo, assim como a existência de leques de respostas vigentes neles.
- 3) A leitura comparativa dos quatro grupos facilitou a detecção de especificidades assim como a existência de traços comuns, além da inserção das pessoas dentro do sistema. A comparação dos resultados por grupo funciona também como ferramenta de triangulação metodológica, na medida que pelo próprio projeto de estudo, buscou-se aceder a um mesmo problema

desde diferentes ângulos ou fontes de informação. Estudar a conformação das diferentes equipes de trabalho de modo comparado (os infectologistas, os obstetras, os que trabalham em PSRPR) permite por um lado melhorar a compreensão do funcionamento do PSRPR em sua gestão cotidiana tendo ao mesmo tempo como pano de fundo o sistema mais amplo no qual estão inseridos e o desenvolvimento de outras equipes que se realizam no mesmo sistema, isto é, no mesmo *tempo e espaço*.

- 4) Finalmente, a leitura de todas as entrevistas como *corpus* permitiu marcar certos traços que caracterizam o problema sob estudo como é a existência de circuitos mais ou menos percorridos, o fluxo de encaminhamentos, a existência de ruídos dentro do sistema.

#### **5. e. Encontro de devolução dos primeiros resultados sobre entrevistas a profissionais da saúde**

Um primeiro processamento dos resultados das entrevistas feitas a profissionais foi apresentado no mês de novembro de 2003, a 22 dos 30 médicos entrevistados, com a finalidade de contar com instâncias de discussão e validação das descobertas. Foi realizada uma crônica do encontro.

#### **5. f. Redação do relatório final da pesquisa**

Esta tarefa foi realizada nos meses de março e abril de 2004<sup>16</sup>. Além do relatório final, foi preparado um resumo executivo para aumentar as possibilidades de difusão dos resultados mais relevantes.

---

<sup>16</sup> A análise da informação e a redação do relatório final foram realizadas pela autora da presente tese.

## **5. g. Organização e realização de eventos para apresentar e discutir o relatório final**

No dia 3 de junho de 2004 se apresentou o relatório final da pesquisa frente a um auditório com mais de 100 pessoas composto por profissionais das diferentes equipes de saúde e PVA. O trabalho foi discutido também por referentes de cada um dos quatro grupos entrevistados, para quem tinha sido proporcionado um exemplar impresso do relatório final para organizar sua apresentação<sup>17</sup>. Finalmente, no dia 1º de julho, o relatório foi apresentado para sua discussão em uma reunião da qual participou a Coordenadora geral do Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável da Cidade, assim como todos os coordenadores de cada uma das equipes de PSRPR que levam adiante o programa nos diferentes estabelecimentos públicos.

Estes espaços responderam com uma finalidade dupla inerente à construção desta pesquisa: por um lado foram *instâncias* onde se analisaram de maneira crítica as descobertas, funcionando como fonte de validação e geração de novos dados e hipótese. Por outro lado, e atendendo aos objetivos da gestão, têm sido *lugares de debate* que permitem abrir o caminho para a discussão do tema e a criação de viabilidade para as novas propostas. Foram realizadas crônicas de ambos os encontros.

## **5. h. Nova edição atualizada das *Recomendações* junto com o relatório final da pesquisa**

Em agosto foi editado o relatório final da pesquisa, que recebeu por título definitivo: *Êxitos médicos, desafios humanos: Reprodução e anticoncepção em pessoas que vivem com HIV/ aids*. Este documento foi anexo a uma nova edição atualizada das *Recomendações*<sup>18</sup>.

---

<sup>17</sup> A médica ginecologista Silvina Vulcano do Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável, a médica infectologista Marcela Ortiz de Zárate, a médica obstetra Susana Hermosid e a Sra. María Eugenia Gilligan, coordenadora da Rede de Mulheres Vivendo com HIV da Cidade de Buenos Aires.

<sup>18</sup> Em imprensa da Editorial do Governo da Cidade de Buenos Aires. Tiragem: 2000 exemplares.

### **5. i. Nova análise das entrevistas e das crônicas**

Finalmente, foi feita uma nova análise das entrevistas produzindo novos resultados que cobriam objetivos teóricos da presente tese que não coincidiam de modo estrito com o objetivo de gestão. As crônicas realizadas nos passos anteriores serviram também como insumo para a análise da pesquisa como dispositivo de gestão.

### **5. j. Redação do presente documento**

## Terceira parte: Resultados

### O retorno dos atores

A Cidade de Buenos Aires conta com recursos legislativos, normativos e programáticos que sustentam a existência de uma política em Saúde Reprodutiva . A extensa rede de serviços públicos de saúde - integrada por hospitais de segundo e terceiro nível de complexidade, centros de saúde e consultórios médicos nos bairros (primeiro nível de atenção)- é de acesso gratuito. A manutenção do sistema envolve 25% do orçamento público da Cidade, tendo ainda o Programa de Saúde Reprodutiva um orçamento próprio que por Decreto não pode ser utilizado para outra finalidade que a compra de insumos (fundamentalmente métodos anticoncepcionais). Não obstante, o aborto provocado persiste como principal problema de saúde da cidade - medido em termos de Internações Hospitalares - e o impacto das ações é insuficiente em função da população beneficiária potencial.

Este problema, que tem um alto interesse teórico, transformou-se também em um problema para a gestão da Coordenação Aids no momento de implementar um componente de Saúde Reprodutiva como parte de suas ações para diminuir a taxa de transmissão vertical do HIV/ aids.

Por esse motivo, a fim de responder ao interesse teórico e ao interesse de gestão, foi decidido realizar-se uma pesquisa que tivesse a dupla finalidade de, por um lado, conhecer com mais detalhe as instâncias tradicionalmente menos estudadas e que dificultam à realização das políticas sociais, que são os níveis denominados por Sonia Fleury como nível *do aparelho institucional* e o dos *conhecimentos e práticas que realizam as equipes* no momento do encontro com os usuários.

Por outro lado, a pesquisa tinha também a intenção de transformar-se em uma ferramenta (*dispositivo*) para a construção de *espaços coletivos* que permitissem às equipes repensarem sua tarefa em função de suas próprias dificuldades e interesses, tendo sempre como pano de fundo a existência dos interesses dos usuários.

Neste capítulo procuraremos mostrar uma visão pouco freqüente em estudos acadêmicos sobre o funcionamento dos sistemas de saúde, que estará focada nas tensões experimentadas, de modo cotidiano pelos profissionais, no momento de desenvolver suas tarefas no interior de instituições e sistemas hipercomplexos. O Sistema de Saúde e sua organização formal, as Leis, os Programas e Diretrizes promovidos pelos níveis centrais constituem instâncias de um nível de abstração maior que requerem instâncias mais concretas para realizar-se.

A primeira seção do capítulo se deterá na descrição de aspectos cotidianos destes níveis. Como se organiza o processo de trabalho em saúde? Que níveis de controle e margens de autonomia têm os diferentes profissionais? Que impacto tem isto no cumprimento de normas e leis? Que diferentes classes de poder são exercidas de modo cotidiano além do poder formal, de tipo hierárquico, que supostamente guia a “cadeia de mando” de um sistema público de saúde?

Na segunda seção, serão caracterizadas as tensões e conflitos que surgem no encontro entre os profissionais e os usuários quando é o momento de ocupar-se dos cuidados referidos ao exercício da sexualidade, e será feita uma descrição das posições e das práticas das equipes em matéria de reprodução e anticoncepção em PVA.

A principal base empírica para a construção destas duas seções foi a análise das entrevistas realizadas com os profissionais da saúde e usuários dos serviços. Em alguns casos, exemplificamos as afirmações feitas no texto com citações textuais de entrevistas.

Na terceira seção do capítulo será feita uma descrição de como foi utilizada a pesquisa como *dispositivo* de gestão e serão apresentados os resultados mais relevantes, que foram fruto dos intercâmbios produzidos nos *espaços coletivos* criados. Para isto, utilizamos as crônicas do conversado nos encontros como suporte empírico.

## **O sistema em funcionamento**

### **As equipes de saúde: composição e características diferenciais**

As entrevistas com os profissionais mostraram que, em geral, o trabalho na saúde desenvolve-se a partir de uma equipe. Assim, os entrevistados, em seus relatos, fazem referência de modo espontâneo a pessoas que trabalham juntas no cotidiano, as

relações freqüentes de trabalho em equipe e interconsulta com outros profissionais e equipes, assim como relações com serviços de outros hospitais.

Porém, nem todos os profissionais vivenciam seu trabalho dentro do sistema do mesmo modo, sendo possível detectar algumas regularidades vinculadas à profissão. Nas entrevistas com os infectologistas destacam-se as lembranças do difícil que foi enfrentar o início da epidemia do HIV/ aids; eles referem ter vivido momentos de grande solidão e assinalam que foram formando equipes a partir dos vínculos de trabalho, que foram se forjando na atenção aos pacientes. Tiveram também certo grau de autonomia para organizar seu trabalho e para criar espaços de capacitação.

Diferente do observado no grupo dos infectologistas, os profissionais de obstetrícia, inclusive os que se dedicam de forma específica a um problema relativamente recente como é o do HIV/aids, parecem viver em um mundo mais organizado, onde não se sentem tão sozinhos. Pertencer a serviços instituídos<sup>19</sup> e com longa tradição dentro do sistema lhes daria a vantagem de estar melhor localizados em relação a espaço físico de trabalho, recursos, equipe. Talvez a desvantagem seja a de estarem submetidos a relações com menor margem de autonomia. Alguns profissionais de obstetrícia assumiram os casos de gravidez e HIV por pertencerem ou virem trabalhando em “gravidez de alto risco”. Como se pode ver nas seções seguintes, são os que têm um olhar mais fragmentado do processo de trabalho.

Os relatos dos profissionais que trabalham no PSRPR<sup>20</sup> mostram uma alta variedade de situações, que vão desde profissionais que trabalham solitários, até equipes que contam com uma composição que não necessariamente foi baseada em um planejamento intencional, senão na vontade e interesse em trabalhar a temática. São os que se referem mais à solidão na tomada de decisões.

---

<sup>19</sup> Com exceção dos dois hospitais gerais de agudos que não têm maternidade, todos os hospitais gerais da Cidade contam com Serviços de Obstetrícia.

<sup>20</sup> Os profissionais e equipes que se dedicam ao PSRPR estão dentro dos Serviços de Obstetrícia e/ou dentro dos Serviços de Ginecologia. De modo similar ao que acontece com os médicos infectologistas, não há um reconhecimento formal da tarefa que realizam.

*“Trabalha cada um por sua conta<sup>21</sup>, não há um espaço de discussão, talvez casos pontuais, alguma paciente muito específica, contudo a relação é médico a médico, não é toda a equipe” (ginecologista PSRPR).*

Menciona-se com frequência o desempenho atual ou passado de pessoas não remuneradas, assim como, de modo recorrente, à perda de integrantes da equipe por falta de orçamento ou por serem transferidas do trabalho no Programa para desempenhar-se, no hospital ou centro de saúde, em outras atividades.

*“Mas o que acontece é que não interessa aos diretores, veja o que aconteceu comigo... tinha três médicos e me tiraram um (...) agora temos apenas dois médicos e um consultório que é de matar! Também tinha psicólogas e assistente social... as psicólogas não vieram mais porque trabalhavam ad honorem e embora tratássemos de conseguir-lhes uma nomeação, não foi possível... e a assistente social... bom... não podiam cobrir a demanda, necessitavam de outra; e de onde tiraram outra? Do meu consultório...” (ginecologista PSRPR).*

A partir do dito pelos profissionais do PSRPR, percebe-se a necessidade de se contar com uma equipe interdisciplinar, em alguns casos pela valorização daquilo que o outro, com seu saber diferencial, pode contribuir e, em outros casos, como “auxiliares” dos profissionais médicos. Não seria casual mencionar a necessidade de equipes, já que parecem ser os mais isolados que se guiam pelos seus próprios critérios. Esta falta de vinculação torna-se mais notória pelo contraste com a articulação que se dá entre as outras especialidades; da mesma maneira pode ser observado o peso que os critérios de quem dirige as instituições têm sobre a importância das diferentes atividades, fato que se expressa na designação ou falta de profissionais nas diferentes equipes. Destaca-se a referência a dificuldades institucionais para levar adiante a tarefa (problemas ocorridos no passado e/ou no presente com diretores de hospital, chefes dos serviços aos que pertencem, outros)

---

<sup>21</sup> Todos os sublinhados são nossos.

O trabalho mais articulado para a atenção às PVA parece dar-se entre os infectologistas, os obstetras e os neonatologistas, com diferente participação de profissionais de outras disciplinas como enfermeiras obstétricas<sup>22</sup>, assistentes sociais, psicólogos e equipes de profissionais da Residência Interdisciplinar de Educação para a Saúde. Em alguns hospitais ocupam um lugar novo e significativo, como colaboradores da tarefa, os agentes de saúde e as PVA capacitadas para o trabalho na saúde.

Com exceções, a maioria dos médicos faz alusão a diferentes tipos de relação com os outros profissionais. Detectam-se relações de tipo simétrico (pares) e de tipo hierárquico (colaboradores).

- Pares/interconsulta: infectologia, neonatologia, ginecologia, médicos do PSRPR.
- Colaboradores: as enfermeiras obstétricas, o serviço social/as assistentes sociais, os psicólogos/psicopatologia, psiquiatria. Mencionam-se também agentes de saúde e trabalhos recentes com PVA no papel de agentes de saúde.

A necessidade de dar resposta ao HIV dentro do sistema começou na mesma época da implementação do PSRPR<sup>23</sup>. Tanto as equipes de HIV, como as de PSRPR, são estruturas informais dentro do sistema, na medida em que não contam com cargos da estrutura (tais como Chefe de Serviços, Chefes de Departamento, Chefes de Unidade, etc.), nem com pessoal próprio, nem com espaços físicos legitimados.

---

<sup>22</sup> A enfermeira obstétrica é uma profissional de menor hierarquia que a do médico obstetra. Se bem a formação da enfermeira obstétrica transcorre nas Faculdades de Medicina do país (formação de grau de quatro anos de duração que outorga o título de Licenciada em Obstetrícia), sua posição na escala profissional é equivalente à da Enfermeira Profissional. A enfermeira obstétrica, chamada anteriormente “parteira”, está habilitada para trabalhar sob as ordens do médico e pode fazer seguimento das gravidezes normais e acompanhar ou realizar os partos normais.

<sup>23</sup> Se bem que o primeiro caso de aids dentro do sistema foi registrado no ano de 1983, o salto quantitativo produz-se no ano de 1987 (24 casos registrados) no ano de 1988 (83 casos registrados). O Programa de Procriação Responsável começou a ser instalado no ano de 1988.

Assim, a constituição destas equipes está estabelecida fortemente em mecanismos de poder de índole informal, negociações permanentes. Isto explica a alta mobilidade das equipes (recursos heterogêneos que “*entram e saem*”). Contudo, é possível detectar dois tipos de equipes, as “equipes fole” que se expandem e diminuem de tamanho, mas mantêm o movimento, como é o caso da equipes que trabalham com HIV; e as “equipes furadas” que se aplica às equipes de SRPR, que começaram com uma quantidade de recursos humanos e, com o passar do tempo, foram somente perdendo pessoas nas equipes.

Quem trabalha no PSRPR tem procurado, em alguns casos, recompor as equipes perdidas através de encaminhamentos a outros serviços (Psicopatologia e Serviço Social), como modo de recuperar a abordagem “bio-psico-social” original que tinha o Programa no seu espírito. Isto gerou um fato paradoxal, na medida em que a busca de um “olhar integral” aumenta o número de consultas que a mulher deve realizar para ter acesso a um método anticoncepcional, fato que incrementa os problemas de acessibilidade das pessoas que conseguiram chegar ao sistema.

Também são indicadores da falta de legitimidade do Programa, o sentimento de desvalorização da tarefa referido pelos profissionais entrevistados, assim como ter que negociar de modo permanente até o nome do mesmo. Comenta uma médica, no momento de se apresentar para a entrevista:

*“Estou encarregada da seção de endocrinologia ginecológica e climatério, e da área de Saúde Reprodutiva ou Procriação Responsável ou Planejamento Familiar conforme o gosto de quem estiver na frente. Com meu chefe, em geral, não é esse o problema, também não com o chefe do departamento, mas às vezes tem a ver também com os diretores e os demais” (ginecologista PSRPR).*

### **O sistema de saúde onde “vivem” as equipes**

*“No âmbito da cidade de Buenos Aires, a atenção primária à saúde é uma coisa, e todos os hospitais são outra, então o que acontece é que todos fazemos tudo e aí nos perdemos” (infectologista)*

Tal como foi descrito na seção anterior o sistema de saúde público da cidade encontra-se formalmente constituído pelos hospitais, os centros de saúde e os

centros/consultórios médicos de bairro (CMB). A Cidade está dividida, desde o ponto de vista sanitário, em 12 Áreas Programáticas, cada uma delas está composta por um Hospital de Agudos que funciona como hospital de cabeceira (Segundo nível de atendimento) e a quantidade de centros de saúde e CMB que dispuser a área. As relações formais de referência e contrarreferência são as habituais dentro de um sistema com estas características, estruturado seguindo as características dos serviços por nível de complexidade (Centros de saúde e CMB –primeiro nível-, Hospitais de Agudos –segundo nível-, Hospitais de terceiro nível). A condução política formal do sistema descansa na Secretaria de Saúde, e, em tese, a maioria das práticas executadas pelas diferentes equipes está regulamentada por leis e normas de caráter universal.

Nesta seção, fizemos o exercício de reconstruir o sistema de saúde **tal como ele aparece a partir dos relatos dos entrevistados**. Primeiro, vamos descrever os componentes que conformam o sistema, assim como as relações que estão estabelecidas entre os mesmos a partir dos encaminhamentos, que os profissionais fazem, e da circulação dos pacientes. Depois, descreveremos algumas relações de poder vigentes e o peso dos marcos normativos formais nas práticas dos profissionais e das equipes.

## **Composição do sistema**

O sistema de saúde estaria composto –conforme os relatos dos profissionais– por 1) hospitais da cidade, pela qualidade de espaços onde há, por sua vez diferentes serviços de saúde e grupos de trabalho (equipes de saúde), 2) os hospitais públicos localizados fora da cidade, principalmente em seu papel de fornecedores de pacientes, 3) as fundações privadas, muitas das quais funcionam em espaços cedidos pelos hospitais públicos, 4) serviços privados e 5) centros de saúde.

### **1. Hospitais da Cidade**

*“Eu acho que cada hospital... parece que nos manejamos como ilhas perdidas” (médica ginecologista PSRPR).*

O ator fundamental do sistema, sem dúvida, é o hospital, conformado por sua vez pelos diferentes Serviços de Saúde e grupos de trabalho que lhe dão vida (daqui para frente “equipes de saúde”). Pareceria ser que o que funciona como unidade básica é a equipe de saúde e não o hospital. Desse modo, cada equipe de saúde realiza encaminhamentos a outras equipes de saúde do mesmo hospital, ou bem a uma equipe de saúde de um hospital diferente.

Os encaminhamentos de pacientes entre equipes de saúde baseiam-se nos seguintes critérios: proximidade geográfica (encaminhamentos a outras equipes do mesmo hospital), proximidade de critérios profissionais e/ou acordos ideológicos (encaminhamento a equipes de outros hospitais em quem tem confiança ou laços consolidados de trabalho conjunto dentro das lógicas do sistema público), existência de relações de trabalho de tipo privadas, tais como a participação das equipes de diferentes hospitais em estudos multicêntricos com financiamento privado<sup>24</sup>.

Convém destacar que os encaminhamentos entre equipes de saúde respondem a lógicas diversas, em alguns casos o hospital não conta com algum dos serviços (por exemplo, obstetrícia). Nesse caso, por exemplo, os médicos infectologistas têm de fazer um encaminhamento para seus pacientes com HIV no momento da gravidez. Em outros casos, fundamentalmente no caso do PSRPR, o hospital pode contar com uma equipe que se dedica a esta tarefa, mas não apresenta o grau de acessibilidade necessário (restrição de horários, restrição na provisão de métodos por motivos “ideológicos”<sup>25</sup>, seleção de pacientes, etc.).

---

<sup>24</sup> A modo de informação contextual (não surgida das entrevistas) convém apontar que os estudos multicêntricos são promovidos por laboratórios privados que recrutam médicos que são funcionários de hospitais públicos, para que estes por sua vez recrutem pacientes para entrar nos ensaios clínicos (protocolos) de novas drogas ou tratamentos. Em geral, os profissionais recebem dinheiro por parte do laboratório privado em função da quantidade de pacientes que recrutam para as provas. A atenção dos pacientes “sob protocolo” (dentro do ensaio clínico) é realizada de acordo com as seguintes três modalidades: 1) pelo profissional no consultório do hospital público; 2) pelo profissional que leva o paciente do hospital público para uma fundação privada que funciona dentro do prédio do hospital; 3) pelo profissional que leva o paciente do hospital público para uma fundação privada ou instituição médica privada que funciona fora do prédio do hospital e da qual o profissional também forma parte.

<sup>25</sup> Uma proporção importante de profissionais que formam parte do PSRPR se negam a colocar o DIU.

Se bem que alguns circuitos de relação entre as equipes e de encaminhamento de pacientes estão legitimados com os níveis políticos da secretaria, fundamentalmente, através da promoção de redes formais de trabalho dentro do sistema, a maioria é desconhecida pelos sucessivos dirigentes políticos, pelo menos de modo formal.

## **2. Hospitais públicos que não pertencem administrativamente ao sistema da Cidade de Buenos Aires**

As equipes da Cidade recebem grande fluxo de pacientes não residentes na Cidade. Esta chegada deve-se a duas vias básicas de encaminhamento, a primeira, sem dúvida, é a **própria autonomia dos pacientes** com melhores recursos para atravessar as fronteiras de seus hospitais de referência, buscando melhor qualidade para sua atenção<sup>26</sup>. A segunda é produzida por equipes de saúde de hospitais fora da jurisdição.

## **3. Fundações privadas**

Dentro de alguns hospitais públicos funcionam fundações que gozam da estrutura e dos serviços públicos providos pelo hospital (luz, gás, comunicações telefônicas, etc.), assim como do trabalho remunerado do pessoal que pertence administrativamente ao mesmo. Trata-se (de igual modo que o já apontado para o caso dos estudos multicêntricos ou protocolos) de autênticas zonas cinzas de articulação de interesses públicos-privados (Weller et. al., 2003)<sup>27</sup>. Estas fundações selecionam pacientes do hospital público como beneficiários de programas de pesquisa que contam com financiamento privado. Por sua vez, em matéria de encaminhamento, funcionam como qualquer serviço público.

---

<sup>26</sup> O Relatório de Diagnósticos de Egresso dos Hospitais Gerais de Agudos da Cidade de Buenos Aires (Secretaria de Saúde, 2002), mostra que dos 20.690 egressos se deram entre os meses de janeiro e março do ano de 2001, 58% (11.979) correspondia a pessoas cuja residência habitual era a Cidade de Buenos Aires.

<sup>27</sup> Somente como exemplo, convém destacar que um dos médicos entrevistados que foi selecionado pelo desenho, por pertencer a um hospital com alto volume de pacientes, respondeu a toda a entrevista desde seu lugar como médico de uma Fundação. A entrevista foi realizada no hospital público, no horário de trabalho do profissional.

#### **4. Serviços privados**

No presente estudo detectou-se (a partir do material levantado pelas entrevistas) encaminhamentos a serviços privados em duas circunstâncias diferentes: os profissionais entrevistados declararam, em vários casos, encaminhar pacientes a lugares privados para obter atendimento que não estão contempladas no subsetor público.

*“Para os casais sorodiscordantes isso já está solucionado há muitos anos, tenho um centro de encaminhamento de esterilidade que é um .... Posso dizer o nome?”  
(médica infectologista).*

Mas também se produzem “captações” de pacientes públicos para os consultórios privados, fato que é relatado por alguns pacientes entrevistados.

#### **5. Centros de saúde**

Apesar de os profissionais que trabalham nos centros de saúde ter como referência os hospitais gerais de agudos – os de segundo nível-, não foi detectado em nenhum caso uma situação contrária. Os profissionais que trabalham nos hospitais não contam em sua rede de encaminhamentos com profissionais ou equipes que se trabalham nos centros de saúde. Isto é, não realizam encaminhamentos de “contrarreferência”. Portanto, perde-se a possibilidade de contar com recursos extremamente valiosos para o trabalho com os pacientes e, inclusive, a atenção ao pós-parto. Isto é especialmente problemático para o caso do PSRPR, na medida em que o maior desenvolvimento do programa, com melhores níveis de acessibilidade, acontece nos Centros de Saúde.

#### **Relações de poder e marcos normativos**

Se nos atemos às vozes dos profissionais e dos usuários, devemos concluir que as leis, os programas e as normas constroem-se nos espaços legislativos e executivos formais, mas são resolvidos e reavaliados em cada hospital e em cada serviço de saúde.

Este estado de coisas afeta por igual a todos os grupos profissionais entrevistados, no entanto foram selecionados, para os exemplos, os impasses de poder e normativos que afetam principalmente o desenvolvimento do PSRPR.

### **O poder dos diretores de hospital, dos chefes de serviço e das equipes**

O testemunho que apresentamos em seguida é paradigmático do que procuramos desenvolver nesta seção:

*“Dentro de nosso hospital há um consultório do PPR orientado a adultos, também estão todos estes consultórios de adolescência e depois na sala de maternidade, onde estão todas as puérperas, há também pessoas formadas que dão dicas às mães de como cuidar-se, como consultar o serviço do hospital. Só no ano passado (2002) é que começamos a funcionar de forma comunicativa, porque houve uma mudança na direção do hospital, e o novo diretor é obstetra e tem uma forte inclinação pelo que, na verdade, é a Saúde Reprodutiva . Até agora, todos os diretores que haviam passado pelo hospital não estavam muito convencidos sobre este assunto, então se fazia exclusivamente em adolescentes, a partir do ano de 1989 se realiza em adolescentes. Nós trabalhávamos de forma autônoma, dependíamos do Governo da Cidade, mas não com uma estrutura do hospital senão do serviço.*

*I: Ou seja, o programa dentro do hospital é algo novo?*

*E: É algo relativamente novo e está mais ou menos há um ano” (médica ginecologista PSRPR).*

Isto é, de acordo com o relato da médica entrevistada, uma equipe de profissionais decidiu, no ano de 1989, de modo autônomo, trabalhar a partir do Serviço de Adolescência no PSRPR . Depois outros profissionais de outras equipes foram gerando práticas com outras populações (adultos, puérperas), mas a falta de apoio político dos sucessivos diretores impediu que este trabalho pudesse ser articulado e potenciado. É preciso destacar também que a falta de apoio dos diretores não impediu a continuação da

provisão do serviço à população adolescente, com recursos do nível Central. É com a chegada de um diretor preocupado pessoalmente com a problemática, que o Hospital (e não as equipes de saúde) se constitui em um provedor da política.

O seguinte testemunho ilustra também o peso do diretor do hospital na definição da política:

*“O que acontece é que em geral na direção dos hospitais não querem saber de nada... por isso nos custou implementar o programa... Nós demonstramos a quantidade de abortos sépticos que temos no serviço e que era preferível dar anticoncepcionais a ter mulheres que morressem por um aborto séptico, e então, no momento nos autorizaram com a condição de que tivéssemos um especialista em métodos naturais, que a tivemos durante bastante tempo, três ou quatro anos esteve a médica, muito boa, excelente mas não são pacientes para esses métodos, todas voltavam grávidas” (médica ginecologista PSRPR).*

O abandono, desinteresse ou impotência dos níveis centrais diante das novas tarefas do programa, não só não consegue impor o cumprimento das leis, senão que também permitiu que as equipes criassem “*políticas de serviço*” contrárias às leis vigentes. O testemunho que se apresenta a seguir põe em evidência a violação da Lei de Aids<sup>28</sup>, que proíbe de modo expresso o pedido compulsivo do teste do HIV :

*“O chefe daqui insistia em fazer o diagnóstico do HIV por considerar a população de alto risco. Por isso, ele decidiu que se a mulher viesse para parir sem controles prévios, a paciente não teria alta sem o HIV, isso previamente ao planejamento na Prefeitura, então por regra, todo HIV positivo antes da alta tem de fazer conexão com infectologia. Se não constar na história clínica que fizemos o contato (entre obstetria e infectologia), o chefe não lhe dará a alta” (médica obstetra).*

---

<sup>28</sup> Lei Nacional de Aids N° 23.798/90 com seu decreto de regulamentação N° 1244/91. A Lei 25.543/02, que trata em particular das mulheres grávidas, reforça a necessidade do consentimento previamente informado (art. 3) e detalha o tipo de informação que deve ser fornecida (art. 4) para a mulher de modo prévio à realização do teste.

## Trabalho individual, com critérios individuais

*“Preocupa-me também que haja alguns serviços que não ofereçam, ainda tendo os meios suficientes para realizá-lo, a devida atenção aos usuários por razões puramente... digamos, de caráter ideológicas ou dogmáticas” (médica ginecologista PSRPR).*

As entrevistas realizadas aos profissionais que levam adiante o PSRPR começavam por uma série de perguntas (Anexo) que tinham a ver com as formas de trabalho com a população em geral, isto é não dando ênfase às MVA. As respostas a estas perguntas permitiram observar que cada equipe e ainda mais, cada profissional, organizou uma mecânica própria de trabalho.

Apesar de o documento do PSRPR (Prefeitura da CBA, 1988) contemplar a provisão de um **método anticoncepcional transitório** para ser entregue aos usuários assim que têm acesso ao serviço, as informações obtidas a partir das entrevistas mostram que poucas equipes implementaram esta política claramente orientada para melhorar a acessibilidade ao sistema. Foi detectada uma gama variada (sempre muito extensa) de exames de laboratório e outras práticas complementares como **condição** para a provisão de um método anticoncepcional.

*“Nós lhe pedimos uma rotina de laboratório que consiste em exames do sangue com serologia para VDRL, hemograma, coagulograma, hepatograma, um perfil renal, exame de urina, uma urina completa. Nas pacientes que não têm menstruação, pede-se um teste de gravidez. O exame de HIV que é pedido como sorologia, este, a todas as pacientes, ou seja, as que tiveram seu bebê aqui, já o têm e a paciente que não é paciente do serviço, talvez não tenha tido nunca a oportunidade de realizar o HIV, então por isso é pedido a todas” (médica ginecologista PSRPR).*

Outra amostra da existência de práticas heterogêneas, que também constituem obstáculos à acessibilidade e violação de leis vigentes, é a implementação por parte de várias equipes de SRPPR do pedido do exame do HIV como condição para ter acesso a um método anticoncepcional.

*“À paciente que vinha pela primeira vez lhe dizíamos que por regulamento lhe pediam o HIV e elas nos davam o consentimento, nós o fazíamos. Uma ou outra pode ter dito que não, mas em geral o fazíamos” (médica ginecologista PSRPR).*

É evidente que isto significa obstáculos de acessibilidade para as pessoas que conseguiram aceder ao sistema, porque embora os estudos complementares sejam também gratuitos, significam diferentes idas ao hospital e entrar em diferentes tempos de espera vinculados aos diferentes circuitos e insumos de cada lugar aonde devem apresentar-se.

## **Lidando com a sexualidade na consulta**

### **A sexualidade no âmbito da consulta: a necessidade de atenção e os tipos de obstáculos detectados**

Como se tratará de exemplificar, a conversa sobre assuntos vinculados à sexualidade no âmbito da consulta, não é tarefa fácil **nem para os usuários nem para os profissionais.**

Listaremos em primeiro lugar as situações detectadas a partir das entrevistas que marcam a necessidade de se lidar de alguma maneira com esta superfície de trabalho, condição ineludível para realizar **ofertas** a serem consideradas pelo usuário, que sirvam como potenciais insumos para melhorar sua capacidade de cuidado.

Depois se apresenta, a modo de hipótese, um arçabuco de obstáculos que podem estar operando no contexto clínico e que dificultam o que entendemos como uma escuta adequada para trabalhar sobre esta temática.

Baseando-nos no dito pelos entrevistados, desenvolvemos as razões pelas quais é preciso trabalhar sobre a sexualidade dos usuários, como condição ineludível para oferecer uma resposta clínica centrada na **pessoa**. Muitas PVA entrevistadas foram infectadas pelo HIV através de relações sexuais sem proteção. A maioria das PVA tinha “informação” no sentido cognitivo do termo (tinha a informação sobre as vias de transmissão e os métodos de prevenção), mas não conseguiu articular essa informação com

sua situação concreta. Consideravam que por seu “estilo de vida” estavam por fora deste problema.

*“Não, não tinha informação, tinha esta informação sobre os viciados e aditos e homossexuais, do ator norte-americano que morreu... já te digo, era Rock Hudson, mas nada” (homem).*

*“Sabia sobre as formas de contágio, tudo, fantástico, eu nunca me cuidei disso, porque não podia acontecer com um parceiro estável e se estão gordinhos, todos lindos, claro, não, isso é impossível” (mulher).*

Outras PVA sabiam que era preciso usar preservativo, mas não conseguiram chegar a um acordo sobre este assunto com seu parceiro. Estas dificuldades não necessariamente são “removidas” pelo fato de ter sido infectado e, portanto, é preciso trabalhar sobre elas.

Alguns profissionais diretamente desconhecem a existência de particularidades na vida sexual das PVA.

*“Entrevistador: Vocês têm explorado alguma coisa a respeito de como saber se uma pessoa é soropositiva e isto afeta a vida sexual, ou seja têm...?”*

*Infectologista: Não, não temos (...) Mas você pode consultá-lo melhor com o pessoal de psicologia, pois eles têm as entrevistas mais profundas.”*

Outros dizem que a dimensão do tema os ultrapassa:

*“Querem ter um filho, os casais heterossexuais, e os casais sorodiscordantes, ou seja, expor os sentimentos, os medos e esse tipo de coisas que tinham eles que... isso nos excede, por isso muitas vezes procuramos o apoio (em outros profissionais) e muitas vezes não o encontramos” (infectologista).*

Outros oferecem conselhos que não necessariamente podem ser assimilados pelo paciente:

*“É explicado a eles fundamentalmente que apesar de estarem infectados têm de ter sexo seguro, que têm de proteger outras pessoas, sobre a estabilidade do casal, alguns o cumprem, outros não” (infectologista).*

As PVA conhecem as indicações, entretanto nem sempre podem assimilá-las, na medida em que nas relações sexuais – relações eminentemente afetivas–, há muitas coisas em jogo: a necessidade de ser amado, de não perder o afeto do outro, de sustentar a confiança como parte do vínculo.

*“Foi muito difícil o assunto de... do uso do preservativo porque...eu já sabia o que tinha, e meu parceiro achava que eu era a Virgem de Lujan. Então, não queria se cuidar. Quando chego à relação sexual com ele, ele era ‘não’ e eu ‘sim’. Não e sim, não e sim... Nesse momento, tive relações sexuais sem preservativo. O primeiro que me passou pela cabeça foi que: “além disso não quero perdê-lo”. Ou seja que nesse momento fraquejei e me senti uma idiota porque podia tê-lo contagiado.” (mulher).*

A assimetria de poder existente nas relações entre homens e mulheres também se expressa na diferente capacidade que cada um dos membros do casal tem para colocar condições no contexto das relações sexuais (Grimberg, 1999).

*“E: Quando se cuidam, usam preservativo ou algum outro método?*

*– Preservativo, sim, mas ele diz que não quer cuidar-se, eu por mim, pela saúde dele e da minha, eu toda a vida, mas me diz que não e se eu digo ‘não’ é como que vai pensar que não gosto mais dele ou que estou com outro, porque é assim a maneira de pensar dele.”(mulher, seu parceiro sabe que ela tem HIV).*

Os profissionais que conseguem trabalhar sobre esta dimensão destacam que é preciso estabelecer uma relação de confiança e que isto requer tempo:

*“Que tipo de vida têm, algumas moças que são prostitutas e na primeira não o confessam depois de um tempo gera-se confiança e terminam contando. Então você pode orientá-la acerca de como cuidar-se... há coisas que vão surgindo depois, com a relação médico-paciente” (infectologista).*

*“Não os conheço muito como médico para perguntar-lhe ou para que ele me faça perguntas” (mulher).*

Também as pessoas consideram que é preciso estabelecer um vínculo de confiança – condição necessária, mas não suficiente –, na medida em que quase todos arrastam histórias prévias de vergonha e dificuldade para falar sobre estes assuntos. Falar

sobre aspectos da vida sexual é referido como um tema tabu em família e mesmo entre os parceiros, e isto se conecta com as dificuldades para abordá-lo na consulta. É possível intercambiar receitas de medicamentos desde a primeira vez, mas não conversar sobre aspectos íntimos.

*“Na minha família é tabu, minha mãe é educada à antiga, também meu pai”  
(mulher).*

*“Às vezes falamos com um grupo de meninos, às vezes sim, levava uma revista pornô e as folheava, mas com meus irmãos, não. Em casa ninguém andava de cueca diante do outro. Nem de minha irmã, nem de nós mesmos entre irmãos. Agora, caras grandes, diante da minha mãe ninguém anda de cueca e eu vejo em outras casas que sim. Sempre tivemos... um pudor, você sabe? Você tem de estar coberto, diante de sua mãe, irmãos, eu acho, não é? não sei, sei lá” (homem).*

*“Eu comecei a ter relações sexuais já grande, porque tive uma educação estrita, então vivi tudo atrasado, comecei a ir aos bailes aos 18 anos, quando terminei o segundo grau, antes nunca, brinquei com as bonecas até os 15, imagine você que comecei a ter relações tarde, aos 24 anos” (mulher).*

Muitas das PVA entrevistadas manifestaram problemas em sua vida sexual após o diagnóstico. No plano das novas relações, parece perfilar-se uma trajetória. Primeiramente, haveria cuidado sem dizer nada, inventam-se diferentes recursos (mentiras) para permitir o uso de preservativos sem dizer a verdade. Isto é mais problemático para as mulheres e gera grandes níveis de culpa, o medo de transmitir o vírus ao parceiro (mesmo ao ser este quem não quer se cuidar).

*“Não, para que você vai usar isso?... Sempre uso a desculpa de: “E se você estiver doente? E se eu estou doente?”, “Você fez algum...?”, “Não, mas...”, “Bom, mas eu também não fiz”. “Sei lá se tenho ou não tenho, eu não sei se você tem ou não tem”, com essa história sempre você a convence e te deixam usá-lo, porque há muitas mulheres que não querem que use preservativo. “Não, que é uma bobagem” (homem).*

*“Agora fiquei grávida, ele não queria se cuidar porque dizia que não era o mesmo manter relações com preservativo que sem preservativo, me dava medo e sempre cedia, e agora, não sei, tomara que não, não gostaria que ele estivesse no meu lugar porque uma vez me disse que se isso acontecesse com ele ia morrer, que na verdade não sabia como ia afrontá-lo, já sabia que não tinha, mas se continuarmos tendo relações, vou ter medo” (mulher).*

Quando a relação vai ganhando em afeto, reflete-se a necessidade de contar a verdade. Então, alguns fogem para evitar que aumente o compromisso e ter de dizer o que não se pode. Outros confessam ou acrescentam alguma mentira para finalmente explicitar a situação.

*“E há vezes em que você também reflete sobre a outra situação. Quando você tem um parceiro, tem de explicar-lhe que tem HIV, porque não se pode usar preservativo toda a vida e se ela diz “vamos ter um filho”, como você lhe explica? “Não, não posso” “Não, não quero”. Então, estou entre a espada e a parede, ou ela fica sabendo que estou doente ou diretamente tenho de deixá-la” (homem).*

*“E bom, tive que falar com ele, não tive outra saída, graças a Deus as reações dele saíram negativas, igualmente, eu já havia decidido não continuar o relacionamento, não podia agüentar as duas coisas, então preferi isso” (mulher).*

No âmbito da consulta com o médico / equipe de saúde se atualizam pelo menos as seguintes tensões que conseguimos diferenciar com fins analíticos, e que estariam obstaculizando de diversas maneiras uma comunicação fluída sobre aspectos vinculados com a vida sexual. Estas são:

- 1) A pressão que o **modelo biomédico** exerce sobre o profissional no momento, não tanto de escutar como de “aconselhar” o paciente;
- 2) Considerar a vida sexual como algo eminentemente **privado** da vida do paciente, que fica por fora das competências ou campo da prática profissional e do sistema de saúde (obstáculo liberal);

- 3) A pressão que exerce a tradição da medicina como ferramenta de **vigilância, controle e castigo** sobre a vida das pessoas (obstáculo autoritário);
- 4) Uma variante menos virulenta que a anterior é a projeção dos próprios preconceitos e fantasias sobre a vida sexual “normal” sobre a vida dos usuários (obstáculo normativo);
- 5) A tensão que exerce sobre os profissionais o padrão cultural dominante de “dupla moral sexual”, baseado no silenciamento do *duplo padrão* para homens e mulheres, e da existência de diferentes padrões de comportamento sexual, diferentes do “oficial” da monogamia. O profissional ficaria preso ao dilema de sustentar ou derrubar o silêncio.

#### 1) Pressão do modelo biomédico na relação profissional – paciente

Por parte dos profissionais há uma espécie de excisão / tensão permanente entre o que pensam, dizem ou opinam como pessoas e o que “corresponderia” dizer ou opinar “*como médico*”. Talvez por esta razão –entre outras – falar de sexualidade com os pacientes é entrar em um terreno de “*confidências*” ou de “*intimidade*”, que aparece conotado como “*pouco profissional*”.

*“O que eu sugiro à paciente, uma vez que já teve seu bebê, é que elas tem de seguir se cuidando e bom, esse é um comentário que fazemos como se fosse em família, quer dizer, como se fossem duas amigas que estão conversando” (médica obstetra).*

Esta excisão do “*médico*” e da “*pessoa*” se expressa também em alguns ruídos da comunicação vinculada às decisões reprodutivas: assim, fazendo parte do “*conselho médico*” comentam que “*não há 100% de segurança de ter um filho sadio ou sem infecção*”, como “*pessoa*”, podem compreender os desejos dos pacientes em terem filhos.

*“O que eu aconselho como pessoa (...) como médico, ou seja que ninguém vai te dar uma possibilidade de 100% de nascer um bebê que não seja portador. Meu conselho é de não engravidar, pelas complicações, porque há drogas que não são permitidas durante a gravidez; é necessário mudar esquemas terapêuticos que talvez não*

*sejam bem tolerados, então é complicado. A maioria engravida, quando me pedem um conselho eu trato de dizer que não, mas sei lá, está em cada um fazer o que quer” (infectologista).*

A dificuldade de considerar como “*profissional*” ou como parte da “*consulta médica*” uma intervenção que contemple aspectos subjetivos além dos biomédicos, expressa-se com muita força no testemunho de uma médica obstetra, quem diz manter cursos de atualização de modo permanente para trabalhar de forma mais integral:

*“É uma questão de tratar muito com pessoas, acho que é uma coisa um pouco intuitiva, não é muito científico o que estou te dizendo, quero dizer que uma pessoa com os anos, não sei nem me pergunte por que, mas a gente acerta ao perguntar algumas coisas (...) Eu fiz muitos anos, e continuo fazendo cursos de gravidez para adolescentes, ou seja, curso de pré-parto, acho que o que me preocupa é chegar até as pessoas como para que fora da consulta médica também haja uma pessoa que escuta alguma outra coisa, obviamente isto, às vezes, transforma-se em um consultório sociológico e a gente se interessa e conhece muitas histórias conversando (...) se posso colaborar com algo, às vezes me coloco em uma postura que não sei se médica, isto é, tratar de solucionar algumas questões sociais ou sugerir, aconselhar, mandar ao psicólogo, ou que traga o parceiro” (médica obstetra).*

Pelo contrário, os pacientes parecem poder ver a “*pessoa*” na figura do médico, tanto em seus aspectos positivos como negativos. Podem compreender suas dificuldades para dar um diagnóstico, para não poder dar mais contenção, para falar de sexualidade, mas também podem ver a discriminação no olhar, embora o discurso seja o “politicamente correto”.

*“Como uma vez disse o médico”: `Às vezes não sabemos o que fazer com tal paciente`, então, eles nem sequer têm a contenção. Eu digo, é variado, eu vou percebendo porque tenho muitos anos, vejo gente, estive em outros lugares” (mulher).*

2) A sexualidade é **privada** e fica fora do campo da ação profissional

Tanto por parte dos pacientes como dos profissionais aparece a dificuldade de considerar a sexualidade como espaço de encontro para uma conversa, uma vez que esta esfera da vida está conotada como pertencente à vida privada, ao espaço íntimo. Por parte dos pacientes, a dimensão que assume maior relevância é a do pudor, a vergonha, e em, conseqüência, a necessidade de criar um vínculo de certa confiança e intimidade como condição para poder perguntar algo a esse respeito.

*“O médico é muito simpático para atender, que bom! Decidi que continuasse me atendendo, mas também não se dá esse momento de dizer que vai me fazer perguntas sobre a sexualidade, isso não” “Assim, não o conheço muito como médico para perguntar-lhe ou para que ele me faça perguntas” (mulher).*

Por parte dos profissionais, este obstáculo se expressa com diferentes matizes:

a) A sexualidade é algo da intimidade das pessoas, não é campo do sistema de saúde o trabalho sobre a mesma; por extensão, as decisões reprodutivas e/ou a decisão de utilizar métodos anticoncepcionais ficam também como parte das “*decisões privadas*”. À maneira de exemplo:

*“Não posso te dizer que método anticoncepcional termina utilizando na vida privada porque nós não a vemos, porque nós não a seguimos” (médico obstetra).*

b) O sexual fica manchado por diversas imagens que remetem a sua dimensão “*incontrolável*”, utilizando-se a imagem do controle / descontrole de modo alternativo para a sexualidade em si mesma, os desejos “*irracionais*” dos pacientes de terem filhos e/ou novos parceiros, a dificuldade / impossibilidade que as mulheres teriam de colocar freio aos “*descontrolados*” desejos de seus parceiros sexuais (homens). Neste último caso, observa-se uma particular “*naturalização*” por parte de alguns profissionais, das descobertas da literatura sobre gênero que têm permitido compreender a desigual distribuição de poder na tomada de decisões em homens e mulheres, assimetria que se expressa também no campo das decisões vinculadas aos cuidados em matéria de relações sexuais.

Estas descobertas que serviriam aos profissionais como insumos para compreender as dificuldades de negociação das mulheres, e, em conseqüência, abrir o leque de ofertas (oferecer ferramentas de negociação, gerar estratégias de captação dos casais homens, etc.), são utilizadas como argumentos de peso para justificar a prescindência do sistema de saúde em direção a situações que ficam “*fora do controle do sistema*”.

Assim, apesar de parecer que para os pacientes a possibilidade de criar um vínculo (passar do tempo, construção de confiança) habilitaria a possibilidade de introduzir o assunto na consulta, para muitos profissionais o caráter privado / incontrolável da sexualidade é a marca que faz desta esfera algo estruturalmente alheio à prática profissional. **O que não pode ser controlado, não pode ser atendido.**

### 3) O peso da tradição da vigilância e o controle nas práticas de saúde

A linguagem de controle extremamente estudado pelas correntes críticas ao modelo médico hegemônico (Menéndez, 1979;1992) e à epidemiologia dos riscos (Castiel 1994:1996;1999, Luz, 1997; Ayres, 1996), tem alta vigência nas expressões dos profissionais, que traduzem em linguagem policial as perguntas sobre a vida afetiva das pessoas, gerando uma enorme distância entre o fato afetivo e a modalidade de intervenção. Perguntaram a uma médica obstetra sobre como é oferecido o teste do HIV às mulheres grávidas, a resposta é a seguinte:

*“Nós fazemos o interrogatório de averiguações de história, ou seja, de antecedentes tocoginecológicos, pesquisamos o número de parceiros... a paciente sabe que há um motivo pelo qual tem de dizer a verdade e dar a informação. Depois conferimos isto com a equipe de infectologia” (obstetra)*

A paciente se transforma em “suspeita”, que estaria até tal ponto disposta a mentir (potencialmente) que torna necessário “comparar” a informação sobre seus “*antecedentes*” com outro “interrogador profissional”. A paciente “suspeita” pode ser tratada no pior dos casos detectados por este estudo, como “*culpável*”, inclusive sem provas. Esse foi o caso de uma paciente que – segundo palavras da obstetra entrevistada- era “*promíscua e tinha antecedentes sobrecarregados*” e que foi tratada durante o parto

como se fosse soropositiva (administrou-se AZT durante o parto a ela e ao recém-nascido). As provas de laboratório posteriores mostraram que a mulher era soronegativa.

Ao se referirem às novas gravidezes nas MVA é freqüente que os profissionais refiram-se às mesmas como “reincidentes”. As MVA têm alta percepção das sanções, das quais seriam passíveis, no caso de voltarem a ter uma gravidez quando o corpo profissional proibiu-lhes que dito fato acontecesse. Diz uma médica fazendo referência a uma paciente:

*“Eu acho que mudou de hospital porque sabia que ia ser repreendida por ter ficado grávida, é como se não tivesse feito bem as tarefas” (obstetra)*

Outras pacientes que têm desafiado a autoridade médica “reincidindo” em uma nova gravidez, aparecem no mesmo hospital onde haviam sido atendidas na gravidez anterior, mas o fazem em um momento avançado (a semana na qual já sabem que devem iniciar o protocolo 076 para prevenir a TV) a fim de evitar as repreensões. Uma vez finalizado o parto, retiram-se do hospital sem a alta médica, que por experiência sabem que pode ser demorada através de recursos que, apesar de ilegais, gozam de alta vigência dentro do sistema de saúde.

*“Veja bem que chegam a tal ponto para evitar a consulta até um prazo que já sabem, porque já o estudaram até onde podem, recebem a medicação, a paciente é atendida, recebe a medicação no parto e depois foge (médico obstetra).*

As modalidades mais sutis de controle põem-se especialmente de manifesto quando se trata da atenção às mulheres “sadias” que demandam um método anticoncepcional. A mulher se apresenta no consultório porque quer usar um método, mas “planejamento não dá tudo de graça”, senão que:

*“Explicamos, explica-se novamente, faz-se um papanicolau, depois marca-se uma consulta para uma mamografia, ou seja, controle como deve ser...” “É muito difícil para as pessoas entenderem todos os métodos anticoncepcionais, que as pílulas são caras, ou que têm de fazer um monte de estudos para tomar um método anticoncepcional” (médica ginecologista PSRPR).*

Tal como assinalamos na seção anterior, a quantidade e heterogeneidade de práticas complementares para a entrega de métodos anticoncepcionais sugere a hipótese de que estas práticas objetivam gerar “limites” ao exercício dos direitos das consultantes. Também parecem ocupar este papel de controle, em alguns casos, os encaminhamentos “*de rotina*” das mulheres consultantes ao serviço de psicopatologia:

*“O assunto da sexualidade é tratar de conhecer até esse momento como ela realmente se cuida e provavelmente de uma maneira não muito boa, porque por algo ela tem os meninos HIV positivos, por alguma razão teve dois parceiros, agora vai pelo terceiro. Quando você fala de sexualidade fala de tudo, se é heterossexual, se não é heterossexual, como é o vínculo com seus filhos, com seu novo parceiro, com seu marido... de todas maneiras, elas devem ter gravado qual é a forma de cuidar-se, nós também trabalhamos com psicopatologia, todas vão a psicopatologia, o que acontece é que às vezes não conseguimos que seja sempre” (médico obstetra)*

#### 4) Projeção das fantasias nos pacientes e/ou práticas sexuais dos profissionais

Já no ano de 1988, o falecido Nestor Perlongher denunciava em seu livro “*Os fantasmas da aids*” (Perlongher, 1988) que as equipes de saúde promoviam em seus pacientes homossexuais, cuidados baseados nas práticas sexuais que não eram as dos usuários (“a sexualidade que você diz não tem nada a ver com o que eu faço”).

É possível que com o passar do tempo, os profissionais tenham adquirido certo respeito pela alteridade das práticas sexuais das pessoas “claramente diferentes”, como é o caso das chamadas minorias sexuais. No entanto, no momento de tratar mulheres grávidas, esta distância parece desaparecer, dando por certo o comportamento “*normal*” e “*esperado*”, baseado na falta de conhecimento dos profissionais sobre a complexidade e variedade das práticas sexuais da população.

Como exemplo detectou-se as seguintes situações decorrentes do dito nas entrevistas de alguns médicos obstetras, que atendem mulheres grávidas vivendo com aids.

- Descrever como “*idade sexualmente ativa*” a que vai de 20 a 40 anos, equiparando atividade sexual com “*idade adequada*” para a reprodução;

- Dar por certo que as mulheres ao estarem grávidas, não mantêm relações sexuais, e, no caso de fazê-lo, só o fariam com seus parceiros sexuais estáveis;
- Dar por certo que uma mulher adolescente grávida solteira “*não está nem pensando em manter relações sexuais com outra pessoa, já que está vivendo o momento da gravidez*”.

##### 5) A tensão exercida sobre o profissional pela moral dupla vigente na sociedade

Oferecer o preservativo à mulher casada com filhos que vai a uma consulta de procriação responsável porque quer utilizar um DIU (oferecimento de “proteção dupla”) e oferecer o teste do HIV à mulher grávida, significa aceitar, dentro um espaço público (o sistema de saúde), a vigência de práticas sociais e sexuais que questionam pilares, ainda vigentes, da moral sexual dominante desde o ponto de vista ideológico. Se os casais casassem virgens, se a “infidelidade” não existisse em nossa sociedade, nenhum destes oferecimentos de recursos de saúde teria nenhum sentido<sup>29</sup>.

Apesar de as leis e os programas de saúde vigentes na Cidade terem superado com seus postulados este impasse da moral dupla, o espaço da consulta continua sendo um momento tenso e de conflito para a maioria dos profissionais de saúde, que têm de implementar, face a face, com os usuários a legitimação da mudança do paradigma.

Para as equipes de PSRPR oferecer preservativos às consultantes adolescentes é uma prática relativamente legitimada, entretanto esta proposta para uma mulher mais velha, com filhos, gera vergonha “*porque estou insinuando-lhe que seu parceiro pode não ser fiel; a paciente também pode pensar que eu penso que ela não é fiel a seu marido*” (ginecologista PSRPR)”

O sentimento dos profissionais de serem os “descobridores” das infidelidades no seio dos casais alcança arestas dramáticas quando se trata de dar diagnósticos de HIV no transcurso de uma gravidez.

---

<sup>29</sup> A oferta de cuidados apenas se restringiria a pessoas que tivessem doações de sangue de duvidosa qualidade ou talvez fossem usuárias de drogas intravenosas. Ambos fatores de risco têm diminuído abruptamente nos últimos anos na Cidade.

*“Quando faz-se o diagnóstico de HIV positivo na mulher, o casal tem um fantasma, não é? É como que não se sabe bem a via de contágio ou por onde veio a situação, Há muitos casais que são reticentes ou que não vêm para fazer o exame, são convocados e se você lhe pergunta “vai vir amanhã, vai vir depois de amanhã” e é difícil sim?” (Médica obstetra).*

O profissional está exposto a lidar com situações que são tão angustiantes para as pessoas que estão atendendo como para ele mesmo, e sua “caixa de ferramentas” para enfrentar estes processos está restringida a seus recursos pessoais, já que carece de recursos profissionais (“como médico”) para dar resposta a estes dramas humanos.

*“Geralmente os pacientes sentem uma culpabilidade que é intensa e é difícil de manejar e creio que aí começa o conflito interno de uma família, aí começa um problema .... Um culpa a outro, o outro a outro, mas há um deles que não faz o exame pelas dúvidas de que tenha sido o transmissor. Por aí o parceiro também sabe, ou não quis ver” (médico obstetra).*

*“É muito complexo porque a paciente está em um momento em que já teve seu bebê, em geral são puérperas, porque as detectamos com o HIV rápido ou com o último que lhe pedi que é no final da gravidez e já tiveram o parto, não lhe fizemos uma cesariana porque não sabia e é uma sacudida muito forte porque além disso,, não sei como será o assunto, mas.... a paciente... imaginemos que não há... imaginemos que se contagiou... não há uma sexualidade extraconjugal ou extra-casal aos seis ou sete meses de gravidez, eu acho, então geralmente o assunto recai sobre o marido... e é tudo um problema, é tudo um problema...” (obstetra homem).*

Como se desprende do último testemunho, o profissional atuante deve atravessar uma série de situações altamente conflituosas, na medida em que não só deve lidar com as repreensões cruzadas, senão que também não pode evitar ficar preso em uma “armadilha de gênero”, que o obrigaria a estabelecer algum âmbito de aliança, para este caso concreto, ou bem com a “mulher traída” ou bem o “marido infiel” (situações supostas a partir do relato do profissional).

Estas reflexões pretendem ilustrar como muitas vezes por trás de certas reticências, aparentemente caprichosas ou burocratizadas, em realizar algumas práticas de saúde (oferecer preservativos, oferecer testes de HIV), podem esconder-se autênticas percepções do caráter altamente de conflito que práticas chamadas, sintomaticamente, “rotineiras” representam.

### **As posições e práticas dos serviços de saúde frente à reprodução e anticoncepção em pessoas que vivem com HIV**

A “recomendação número um” para uma PVA é o uso do preservativo em todas suas relações sexuais, e nossa pesquisa tem encontrado algumas que concordam de modo teórico e, inclusive, aparentemente prático com esta recomendação. Como vimos na seção anterior, há PVA que suspenderam durante algum período sua vida sexual ativa a partir do diagnóstico de HIV. Outras conseguiram adequar sua situação vital à recomendação e mantêm uma sexualidade ativa e protegida de novas infecções. No entanto, é necessário considerar uma gama de situações vitais que também ocorrem de fato na vida das pessoas com HIV, e que têm alta repercussão na atenção à saúde das mesmas, e que os profissionais que trabalham nas equipes de saúde devem lidar. De modo simplificado, as situações detectadas pelas entrevistas a PVA são as seguintes:

- 1) Há pessoas que desejam ter filhos e que, de acordo com sua própria experiência com os serviços de saúde, buscarão ou não compartilhar as preocupações vinculadas com esta decisão com os profissionais. Na prática, o mais freqüente é que as pessoas procurem diretamente para atender sua gravidez.
- 2) Há pessoas que não desejam “*no momento*” ou “*já não desejam*” uma nova gravidez, mas encontram diferentes tipos de dificuldades para serem usuárias sistemáticas do preservativo. Estas pessoas requereriam apoio extra para negociar, de maneira bem-sucedida o uso do preservativo com seu parceiro, e/ou um método alternativo e/ou complementar ao preservativo,

com a finalidade de poder manter sua vida sexual ativa sem risco de ter uma nova gravidez.

- 3) As entrevistas mostraram que há PVA que tiveram muito pouco acesso à informação sobre métodos anticoncepcionais; e outras que tiveram acesso à informação, mas pouco ou nenhum acesso aos métodos, inclusive antes de se saberem infectadas pelo HIV .

Os desejos de ter filhos por parte das PVA é um assunto que mobiliza fortes tomadas de posição, tanto entre os profissionais como entre as pessoas afetadas. Os profissionais enfatizam que têm variado suas posições e destacam o valor positivo que tiveram os filhos para vários pacientes, mudança que se expressa em uma melhora do estado geral e da aderência aos tratamentos. Outros pensam, tanto médicos como PVA, que na medida em que não há 100% de segurança de que o bebê nasça sem o vírus, “*é uma loucura arriscar-se*”. A mulher que, apesar do temor, arrisca tudo pelo desejo, é culpada. A culpabilidade da MVA aparece nos discursos de alguns profissionais e também de algumas PVA.

Há profissionais e usuários que mostram em suas respostas o dilema que este problema ainda lhes representa.

*“Não me incomoda a idéia de estar doente, mas também é difícil ter um monte de vazios que são difíceis de encher. Não saber se você ainda pode ter um filho ou uma mulher... como explicar-lhe a uma mulher que você está doente? Claro, como pode ser explicada a situação? Sai doida” (homem).*

*“Esse é um assunto que está pendente, tudo o que diz respeito à procriação; é um tema que ainda não trabalhamos. Eu acho que nos ultrapassa” (infectologista).*

Dos relatos das PVA entrevistadas desprendem-se também pelo menos duas posições. Uma, já mencionada, é a da culpabilidade (as pessoas seriam “*egoístas*”, “*não pensam*”, “*só pensam nelas mesmas*”). Outros, contudo, põem de manifesto que as decisões reprodutivas têm a ver, fundamentalmente com sua própria história reprodutiva, sem que isso implique em negar ou desconhecer a doença. Nestes casos, a decisão de ter um filho,

vincula-se à situação econômica, do trabalho, moradia, ao momento que atravessa o casal, ao não ter ainda filhos ou ao fato de querer ter outro filho para ampliar a família. Este “grupo” de pessoas, que busca cumprir suas aspirações de formar uma família, é decodificado por alguns profissionais como se não entendessem as “*instruções*”.

*“A maioria já vem grávida. A maioria não se importa, bom... sei lá... Ou não dizem ao parceiro ou buscam outro que faça um filho sem dizer-lhe que são positivas” (infectologista).*

Alguns profissionais, em troca distinguem a existência de gravidezes às quais as mulheres chegam por falta de uma resposta por parte do sistema. Estes manifestam sua preocupação por casos de mulheres que tiveram uma cesariana e em pouco tempo ficaram grávidas. Manifestaram perceber ali uma espécie de “ruído” que gera a sensação de não ter cumprido bem a tarefa, que seria necessário acrescentar aos circuitos que já estão montados (diagnóstico, atenção à gravidez, no parto da criança) a articulação com aconselhamento adequado para a reprodução e uma resolução mais efetiva em matéria de oferta e provisão de métodos anticoncepcionais.

Tanto nas entrevistas a profissionais como nas de PVA aparecem relatos de mulheres que mudam de hospital porque sentem que se voltam ao mesmo vão ser repreendidas, e outros casos de mulheres que chegam no terceiro trimestre porque já sabem pela experiência de uma gravidez anterior que ali têm que começar a receber o tratamento. As dificuldades das equipes para lidar com estes temas fazem com que as mulheres voltem com o problema “*já resolvido*”, ou seja, grávidas.

No caso dos profissionais de PSRPR, a maioria dos entrevistados manifestou não ter enfrentado com frequência em sua prática a situação de pacientes soropositivos que expressem o desejo de ter um filho. Como hipótese, poderia pensar-se que este escasso contato com a problemática expressa-se na reticência destes profissionais a aceitarem a gravidez das PVA e no “*inconveniente e angustiante*” que esta problemática é para eles, em contraposição a outros grupos de profissionais em que o contato mais próximo e cotidiano com estes pacientes fez mudar a visão do assunto.

*“Perguntei à ginecologista: ‘O que pode acontecer se eu quiser ter um filho?’  
Me diz: ‘Bom, primeiro fique grávida’. ‘Vai ser muito difícil’, eu disse. Ela sabe que sou portadora. Me disse: ‘O que acontece é que você tem que consultar uma obstetra’”. ‘Mas as obstetras não vão me atender se eu não estiver grávida’, e então me diz: ‘Tudo bem, fala com teu infectologista’. (...) Me disse: ‘Primeiro fica grávida’. Totalmente ridículo! Eu necessito de ajuda” (mulher).*

Com respeito ao que fazer com os desejos de gravidez de alguns casais (poucos) que consultam, foram encontradas três respostas por parte das equipes:

- 1) Aconselha-se não ficar grávidas (exemplos que já revisamos).
- 2) Procura-se que a gravidez aconteça dentro dos melhores parâmetros de estado de saúde geral da mulher e/ou do casal. Propõe-se a realização de inseminações “caseiras” ou dentro do consultório do hospital público. Realizam-se encaminhamentos dentro do sistema público.
- 3) Realiza-se encaminhamento do casal com sorologia discordante a um serviço público e/ou a um lugar privado.

*“Bom, o casal discordante... existem os dois; se o positivo for o pai e a mulher for a negativa, para isso já tenho a solução há muitos anos. Eu tenho um centro privado de encaminhamento de esterilidade (...) O problema que tenho agora é o outro: mamãe positiva em um estado clínico muito bom sem tratamento, que tem muita vontade de ser mamãe com um papai negativo. E o que fazemos com essas mães, não é? E além disso, nós aqui somos médicas<sup>30</sup>, não é?” (infectologista).*

### **Posições dos profissionais em matéria de uso de métodos anticoncepcionais**

As respostas dos profissionais, além de sua especialidade, permitem descrever três posições com respeito ao uso de métodos anticoncepcionais em PVA. As posições parecem organizar-se basicamente ao redor da possibilidade de “suportar” ou poder lidar

---

<sup>30</sup> No sentido que elas são médicas e também são mulheres

com a tensão que se produz entre o que “deveria ser” (usar sempre preservativo) e a percepção de que se está diante de um problema muito mais complexo, em que o que “deveria ser” é apenas uma das dimensões da resposta necessária. Tal como assinalamos anteriormente, é possível que por trás destas respostas haja outra dimensão latente que é o que cada um entende por resposta, conselho ou indicação médica. As posições detectadas foram as seguintes:

- 1) Não é possível prescrever métodos anticoncepcionais a pessoas que devem usar sempre preservativo, uma vez que durante as relações sexuais sem uso de preservativo estas pessoas podem transmitir o vírus e/ou podem reinfectar-se.
- 2) Aceitam-se as diversas dificuldades que já ressenhamos para o uso universal e sistemático do preservativo e se afirma que seria necessário oferecer às pessoas uma alternativa. Entretanto, na hora de definir linhas de ação, não é possível encontrar um método adequado. Haveria acordo em geral, mas isto não pode ser expresso em uma intervenção positiva, na recomendação de um método. Como exemplo alguns profissionais disseram que “*o DIU poderia ser um bom método, mas não é seguro que as pessoas realizem os controlos, pode produzir Doença Pélvica Inflamatória*”. Os anticoncepcionais “*ofereceriam risco de interferência com os antirretrovirais; além disso, significaria aumentar o número de comprimidos para pessoas que estão tomando muitos remédios diariamente*”, etc. Em alguns casos, os únicos métodos que são imaginados como possíveis são métodos aos quais a população praticamente não tem acesso e que não são providos pelo PSRPR, como é o caso do diafragma ou das esponjas espermicidas descartáveis.
- 3) Aceitação da necessidade de oferecer métodos, aceitação da possibilidade e implementação ativa de procedimentos. Estes profissionais atingem uma espécie de olhar epidemiológico para a resolução dos casos clínicos. Conseguem considerar os riscos potenciais, por exemplo do DIU, mas inscrevem estes riscos em uma gama mais ampla de situações potencialmente problemáticas, como no caso, uma nova gravidez não

desejada, a possibilidade de um aborto em condições inadequadas, etc. Dito de outra forma, conseguem estabelecer uma “hierarquia de riscos”, pensar no “mal menor”.

### **A anticoncepção nas pessoas que vivem com HIV (e possivelmente as que não têm HIV): um curto-circuito dentro do sistema**

A análise das práticas de atenção, isto é como se passa da percepção do problema (necessidade de um método extra ao do preservativo) à resolução do mesmo (provisão do método) **apresenta diferenças com o analisado para o caso da reprodução**. Os profissionais que estão de acordo com a reprodução (ou não negam a possibilidade) conseguem instrumentalizar respostas ou bem realizar encaminhamentos adequados (a outras equipes do hospital, a equipes de outros hospitais, a lugares privados). No caso da anticoncepção, gera-se um vazio de responsabilidade sobre o assunto **que pareceria estar afetando também as mulheres que não têm diagnóstico por HIV**. Isto pode ser visto com especial intensidade na análise dos testemunhos dos obstetras, que são os mesmos profissionais que atendem as mulheres sem HIV<sup>31</sup>. Eles mesmos o marcam. Apresentamos alguns testemunhos que exemplificam esta afirmação.

Por parte dos infectologistas, a responsabilidade de fornecer assessoramento e métodos anticoncepcionais às PVA é atribuída aos obstetras ou ao PSRPR:

*“Um das falhas é o planejamento familiar e, digamos, **a anticoncepção** porque há uma alta porcentagem de mulheres que voltam a se engravidar e não é uma coisa planejada senão que falhou a anticoncepção porque a gente sabe que preservativos têm, mas às vezes usam e às vezes não” (...) “estas pacientes que têm pautas de conduta um pouco diferentes a gente sabe que é insuficiente...”.(infectologista).*

*“Na infectologia temos consultórios destinados à grávida, a parte obstétrica também está resolvida, para as pacientes que se controlam não temos transmissão vertical.*

---

<sup>31</sup> Porém alguns obstetras têm se especializado em gravidez e HIV, isso não significa em nenhum caso que restrinjam sua atenção a estas pacientes. Todos os obstetras participam, também da atenção regular dos serviços.

*Nos últimos tempos estamos nos manejando com [menciona um lugar privado] que deu resposta também aos pacientes do hospital quanto à inseminação, lavagem de sêmen. Mas as que não estão grávidas, é um problema porque isto não está no pensamento dos infectologistas” (infectologista).*

*“Os obstetras, eh, você deveria entrevistá-los, mas não estão preocupados com o assunto. Começam com a concepção e terminam no parto” (infectologista).*

*“Eh... com ginecologia é difícil o trato. São todos do Opus [Dei]” (infectologista).*

Por parte da Obstetrícia, não se considera que a provisão de métodos anticoncepcionais seja parte do trabalho e supõe-se que o PSRPR se ocupa:

*“Não foi possível incorporar um ginecologista, uma ginecologista à equipe, então caímos no vazio” (médica obstetra).*

*“Nós chegamos até o puerpério, essa é nossa função<sup>32</sup>, acompanhamos a paciente em internação” (médico obstetra).*

*“Nós não falamos desse assunto porque atendemos a mulher em outra etapa, ela está curtindo isso e nós a atendemos e já te digo que não sabemos se elas vão depois a Procriação; nós as mandamos mas sei que a grande maioria não vai” (médico obstetra).*

*“E aí chegamos, depois deixamos a cada uma seu direito de ser mãe (...) Mas tudo bem, é difícil, é um assunto complexo, é um assunto talvez privado no qual cada casal tem que decidir, não é?” (médico obstetra).*

*“Não é que a paciente chegue aqui no nono mês, ou seja, a paciente vem fazendo controle e nesse momento acho, isto é uma reflexão que faço, poderíamos dar-lhe mais informação, muitíssima mais... que bom!... também me pergunto por que não é dada ao restante da população!” (médico obstetra).*

---

<sup>32</sup> Convém assinalar como dado de contexto que, se bem a função básica do obstetra dentro do sistema é a atenção da mulher grávida e o parto, a consulta de puerpério e também o aconselhamento e provisão de métodos anticoncepcionais estaria incluída em suas ações. Este componente poderia estar incluído nos cursos de psicoprofilaxia do parto, como também no momento da consulta de puerpério. A médica da entrevista assinala uma posição pessoal sobre como entende sua tarefa, e não uma regulamentação de sua profissão.

*“Voltam aqui as pacientes, voltam aqui, extraem-se os pontos, às vezes eu as vejo, o que acontece é que uma vez que o bebê nasce... já as puérperas, é como que eu não faço puerpério” (médica obstetra).*

*“A anticoncepção? Bom... [ri]” (médico obstetra).*

*“Sempre nos deu trabalho com procriação responsável” (médico obstetra).*

Por parte dos profissionais do Programa de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável:

A maioria dos entrevistados manifestou não ter assessorado um grande número de PVA e alguns disseram que nunca atenderam nenhuma mulher com HIV.

*“Não tivemos muitas pacientes positivas. Em geral, creio que foram uma ou duas pacientes nada mais, em dois ou três anos que fizemos a experiência” (ginecologista PSRPR).*

*“Nunca atendi uma paciente HIV. Suponho que isso quem atende é o médico que a atendeu na gravidez ou o infectologista” (médica ginecologista PSRPR).*

Fez-se referência a estas mulheres como “*pacientes especiais*”, que se apresentam em busca de um método anticoncepcional e depois não voltam para os controles, como uma atitude negativa delas.

Por parte dos usuários:

Quando lhe perguntaram às PVA se haviam recebido algum tipo de aconselhamento com respeito a métodos anticoncepcionais, as respostas foram praticamente todas negativas. Convém destacar também que ao relatar sua trajetória prévia no uso de anticoncepcionais, as descrições eram bastante heterogêneas, **embora pudessem ser apreciados percursos muito similares aos das mulheres soronegativas**. Algumas haviam usado métodos de modo consistente, outras haviam realizado usos erráticos de diferentes métodos e outras nunca haviam tido acesso nem informação, nem métodos antes do diagnóstico de HIV.

*“E: Você se lembra de alguma recomendação que te deram durante a gravidez?”*

*– Não, na verdade não me lembro, mas tudo bem, eh, que não tinha de dar-lhe o peito.*

*E: E te falaram de outra gravidez?*

*– Não, o único que me disseram é que tinha que esperar, que não podia ter muito próximo um do outro porque tinha chances de ser com cesariana, nada mais” (mulher).*

*“E: E aqui, com os infectologistas, não acontece de eles sugerirem o assunto da sexualidade ou de métodos anticoncepcionais?”*

*– Não, não porque eu com este médico ainda vai fazer um mês, mas o vi só duas vezes.*

*E: E com os outros de antes?*

*– Também não.*

*E: Em geral, não são assuntos que se tratam...*

*– Claro, não” (mulher).*

### **A pesquisa como dispositivo**

Como já assinalamos no *Desenho da Pesquisa*, o terceiro objetivo da tese era descrever o desenvolvimento de uma pesquisa como *dispositivo* de gestão. As características principais do *dispositivo* – tal como foi definido por Campos (2000) - são: 1) seu potencial para criar espaços de encontro onde possam ser alterados os modos hierárquicos e burocratizados de tomada de decisão, e 2) o caráter eventual, que o diferencia de outros espaços coletivos mais estruturados e que formam parte dos organogramas das organizações.

A fim de transmitir os resultados que foram obtidos da experiência de desenvolver uma pesquisa como dispositivo da gestão da Coordenação Aids, apresentamos uma tabela (Tabela 1) onde na primeira coluna estão localizados cinco passos da pesquisa; na segunda coluna, apontamos o sentido do passo, do ponto de vista da pesquisa tradicional; e, na terceira coluna, assinalamos qual foi o sentido que teve o mesmo momento do ponto de vista da gestão. Em seguida, é feita uma breve descrição do enquadramento e é mostrada a sistematização da produção coletiva dos dois principais espaços coletivos: a devolução de resultados preliminares aos profissionais entrevistados (Tabela 1- passo 3) e a apresentação do relatório final perante os atores relevantes (Tabela 1- passo 4).

**Tabela 1-** Dupla leitura dos passos da pesquisa

| <b>I Passos da pesquisa selecionados</b>                             | <b>II. Pesquisa como ferramenta para produzir conhecimento</b>   | <b>III. Pesquisa como ferramenta de gestão</b>  |
|--|--|---|
| 1. Análise do universo sob estudo e seleção de pessoas a entrevistar | Definição de população e conformação da amostra intencional  | Reconhecimento de atores que operam no sistema para a temática que ocupa à gestão   |
| 2. Realização de entrevistas   | Levantamento de dados primários  | Espaço de encontro onde se começa a trabalhar sobre uma novidade e se intercambia informação  |
| 3. Devolução de resultados a profissionais entrevistados             | Análise da consistência dos resultados, levantamento de novos dados e hipóteses. Cuidado de aspectos éticos da pesquisa. | Espaço de encontro coletivo onde é produzida uma nova colocação do problema, intercambia-se informação e é feita uma análise de modo conjunto.  |
| 4. Apresentação do relatório final perante atores relevantes         | Divulgação do conhecimento produzido pela pesquisa   | Criação de um espaço de encontro interdisciplinar, a partir de uma proposta de formação de equipes, onde é apresentada para debate uma temática que carecia de presença pública institucional até esse momento. |
| 5. Publicação dos resultados   | Divulgação do relatório final  | Incorporação do produto da pesquisa como parte das <i>Recomendações</i> da Secretaria da Saúde em matéria de prevenção da transmissão vertical.   |

## **Produção coletiva nos espaços**

### **Encontro de devolução dos primeiros resultados aos profissionais entrevistados**

Uma vez finalizado o levantamento de entrevistas a profissionais da saúde, foi feita uma primeira sistematização dos dados por elas fornecidos. Foi preparada uma apresentação que incluía basicamente os antecedentes e objetivos do estudo, o desenho metodológico e os principais resultados: composição das equipas; modos de trabalho; modalidades de encaminhamento dos pacientes; posições, conhecimentos e práticas detectadas no que diz respeito à reprodução e anticoncepção em PVA.

Foram convocados para uma manhã de trabalho os 30 profissionais que haviam sido entrevistados, dos quais compareceram 22. O diretor da Coordenação Aids apresentou o sentido e objetivos do encontro, apresentaram-se os resultados ao longo de uma hora, e depois foi aberto o espaço de debate – o qual se prolongou por duas horas. Em seguida, são listadas as conclusões do debate.

### **Obstáculos identificados pelos profissionais participantes do encontro no desempenho dos serviços de saúde**

- ✓ Dificuldade por parte das equipas de saúde para “recordar” os aspectos vinculados à vida sexual e reprodutiva das pessoas. A hipótese que teve mais alta aceitação foi a que vinculou este déficit à formação “*tanto de graduação como de pós-graduação*”.
- ✓ Dificuldades na implementação concreta do PSRPR. Como obstáculos, foram mencionados os seguintes:
  - Falta de apoio político de alguns diretores de hospitais ao programa, o que se expressava na pouca disponibilidade de recursos humanos e espaço adequados.
  - Horários restritos de atenção em algumas equipas do PSRPR.

- Falta de dinamismo na provisão dos serviços por parte de algumas equipes responsáveis por esta tarefa, o que se expressava em procedimentos de atenção que não se ajustam aos recursos efetivamente disponíveis, demorando até o limite os tempos que transcorrem desde que uma pessoa demanda um método e o momento no qual consegue utilizá-lo. Excesso de rotinas de laboratório. Problemas de acessibilidade à população que efetivamente demanda atendimento.
- ✓ Existência em alguns profissionais das diversas especialidades aqui estudadas, e também em alguns profissionais que trabalham dentro do PSRPR, de crenças e preconceitos a respeito de certos métodos anticoncepcionais.
- ✓ Fragmentação da atenção obstétrica.

#### **Elementos facilitadores para mudar a atenção detectados pelos profissionais**

- ✓ As MVA estabelecem, em geral, um vínculo forte e positivo com o obstetra que atende sua gravidez. Foram detectadas as seguintes situações cotidianas onde se poderia introduzir a questão da oferta de aconselhamento e provisão de métodos. Estes momentos eram:
  - Na primeira consulta, indagar sobre métodos de cuidado prévios à gravidez.
  - Nos controles pré-natais, em particular quando se fala -por exemplo- da suspensão da lactância.
  - Em sala de internação, após o parto.
  - Em consulta de pós-parto, em particular aquelas mulheres que se realizaram uma cesariana.
  - Nas instâncias em que é feito o acompanhamento da sorologia do recém-nascido.

- ✓ O vínculo com o médico infectologista é altamente valorizado pelos usuários, os quais de fato às vezes fazem longos percursos dentro do sistema até encontrar um profissional que seja de sua “confiança”. O infectologista é, na maioria dos casos, o médico de cabeceira das PVA. O infectologista teria também oportunidades de indagar sobre os cuidados das pessoas que atendem; isto se veria facilitado, por exemplo, quando se propõem drogas que são iatrogênicas para uma mulher grávida.
  
- ✓ Há claras razões de ordem médica que tornam necessário introduzir a oferta de aconselhamento e provisão de cuidados para regular a fecundidade. Estas são:
  - A maioria das MVA tem partos por cesárea. É fundamental aumentar os esforços para garantir um período intergenésico de pelo menos dois anos.
  - A inibição da lactância acelera o tempo de reinício do ciclo de ovulação. As MVA recuperam sua fertilidade antes que as mulheres que dão de mamar.
  - Os abortos em mulheres imunodeprimidas apresentam riscos aumentados.
  - A possibilidade de diminuir a taxa de transmissão vertical em casais que desejam ter um filho baseia-se na possibilidade de programar a gravidez.
  - A existência de medicamentos absolutamente contra-indicados para mulheres grávidas.
  
- ✓ A maioria dos profissionais se mostrou muito interessada por aumentar seu conhecimento sobre estas temáticas, propondo a criação de espaços não apenas de capacitação no sentido mais formal do termo, mas também de espaços de debate ético.

- ✓ Houve também alto consenso na necessidade de revisar os circuitos de atenção dentro dos hospitais e dentro do sistema, a fim de buscar caminhos alternativos para as práticas que atualmente estão sendo implementadas.
- ✓ A maioria dos obstáculos detectados para a atenção da Saúde Reprodutiva das PVA é comum aos que são encontrados pela população em geral. É preciso produzir mudanças na atenção geral; desde que sejam construídos estes novos caminhos, é possível melhorar ainda mais a qualidade de atenção das PVA, considerando que o número anual de partos em MVA é relativamente baixo.
- ✓ Os espaços para aconselhamento na implementação de cuidados nas relações sexuais, maternidade e paternidade em PVA, como também a provisão de métodos anticoncepcionais devem existir a nível local (sem encaminhamento ou com encaminhamento dentro do hospital ou do primeiro nível de atenção, incluindo as equipes conformadas dentro dos centros de saúde). Foram propostos três modos de construir estes circuitos, construção que em princípio deve responder a cada realidade local. Estes são:
  - 1) As equipes do PSRPS existentes no hospital onde o casal atendeu sua gravidez e realizou o parto. No caso de não contar com este recurso a nível hospitalar, incorporar como espaço de referência as equipes conformadas no centro de saúde mais próximo ao domicílio do casal.
  - 2) A equipe de obstetrícia que acompanhou toda a gravidez estende o processo de atenção em PVA até incluir estes procedimentos.
  - 3) Encaminhamento para “serviços amigáveis” para tratar a problemática, que estejam localizados dentro de hospitais e/ou centros de saúde do sistema.
- ✓ No que diz respeito à possibilidade de fornecer apoio tecnológico para diminuir a transmissão sexual e vertical em casais sorodiscordantes, quando o casal tem a decisão tomada de ter um filho, foi detectado que por um lado há alguns serviços da cidade que estão realizando práticas de complexidade

média (inseminação). Por outro, há acordo quanto a necessidade de que o sistema público forneça as práticas que são realizadas a nível privado, que são técnicas mais sofisticadas de fertilização assistida e lavagem de sêmen. Dado que estes procedimentos requerem certa tecnologia e equipes especializadas, propõe-se que o ideal seria contar com um centro de referência dentro da cidade, disposto a receber encaminhamentos do resto do sistema.

### **Apresentação com discutidores do relatório final perante os atores relevantes do sistema de saúde**

Quando se terminou o relatório final da pesquisa, que incluiu a análise das entrevistas a usuários e as produções coletivas surgidas do passo anterior, foi organizada, pela Coordenação Aids, uma reunião que incluiu infectologistas, obstetras, ginecologistas do PSRPR, outros membros das equipes de saúde de diferentes profissões e PVA que têm participação ativa dentro do sistema de saúde.

Foram preparadas cinco cópias do Relatório Final, entregues para sua leitura prévia à Coordenadora do PSRPR e a uma pessoa que havia participado como entrevistada por cada um dos grupos entrevistados: uma médica infectologista, uma médica obstetra, uma médica ginecologista do PSRPR e uma referente da “Rede de Mulheres Vivendo com Aids”.

O encontro foi realizado na Maternidade Sardá, única instituição da cidade que se dedica exclusivamente à atenção de mulheres grávidas. Ela foi eleita por seu caráter emblemático e pela quantidade de partos anuais que realiza (30% dos partos ocorridos nos hospitais públicos da cidade). A atividade foi aberta pelo subsecretário de saúde da cidade, o diretor da Coordenação Aids e a responsável do PSRPS. Depois, foram apresentados os resultados da pesquisa e, em seguida, cada uma das discutidoras fez sua devolução. No

quadro a seguir se inclui, a modo de exemplo, a apresentação da médica infectologista Marcela Ortiz de Zárate, da Maternidade Sardá<sup>33</sup>.

“Indubitavelmente, o **COMPROMISSO**, em países em vias de reconstrução como o nosso, continua sendo a palavra chave. Para esta reconstrução, como para qualquer uma, é necessário levar em consideração todos os elementos que vão participar dela; porém, problemas de falta de orçamento e de planejamento impedem que as coisas sejam feitas dessa maneira.

O trabalho com pacientes que convivem com o HIV, no melhor dos casos multidisciplinar, como assinalou uma de minhas colegas, se assemelha a um **FOLE** que incha e desincha com o ingresso e abandono sucessivo de participantes.

Médicos, pacientes, bolsistas, fundações, trocas, são todas armas utilizadas para sobreviver à epidemia, mas em grande parte dos casos, carentes de **SUSTENTABILIDADE**. Terminamos aceitando que este mal, no momento, também não parece ter cura, e não me refiro ao infeccioso. Médicos e pacientes continuamos procurando o mesmo: respostas, soluções e contenção, desde lugares muito diferentes.

Em muitas ocasiões, somos testemunhas da **SEGUNDA DOENÇA** que ocasionamos iatrogenicamente nos usuários do sistema, claramente inoportuna...

A dificuldade nas respostas, o **desconhecimento**, os múltiplos critérios mesmo dentro de uma mesma equipe, a **discriminação** gerada pela boa intenção de encontrar fatores de risco aglutinantes, que como nos demonstrou a avaliação da epidemia, levou-nos a desproteger o resto, os que agora a padecem, a **peregrinação** pelos diferentes centros de saúde, procurando os **medicamentos** que eu, como médico, **te indico, o estado te presenteia, você deve tomar e se não os consegue, porque não tem, é seu problema, sua responsabilidade e minha culpa...** conformam uma estranha e sufocante teia de aranha.

Como infectologista, **LEVAR pela MÃO** é um hábito que se repete em muitos centros, o acompanhamento do paciente, fundamentalmente no transcurso da gravidez para agilizar sua atenção, tenta compensar as falências de um sistema em desenvolvimento.

Mas este ato somente está baseado na **VONTADE** de cada participante, e a vontade se esgota no tempo... debilita-se com as mudanças de políticas sanitárias, falta de reconhecimento como um novo trabalho, falta de acompanhamento e contenção.

Estas situações, a coexistência do HIV com a gravidez, com a prevenção e seu manejo, são novas para os usuários do sistema (ou seja: pacientes e trabalhadores da saúde) e, como tudo o que é novo, precisa de um **maior esforço** até alcançar a fluidez e a cotidianidade suficientes para se sustentar.

<sup>33</sup> A Dra. Ortiz de Zárate tinha trazido o texto escrito e aqui se respeitam os destacados que ela utilizou.

E aqui voltamos à necessidade do **COMPROMISSO** de todas as áreas envolvidas.

Com a **AUTONOMIA** que demasiadas vezes nos proporciona a solidão, temos ido conformando equipes ativas e efetivas, plantando o germe da participação em grupos mais jovens e também em alguns mais experientes.

A participação nesta pesquisa<sup>34</sup> nos vinculou com outras **ilhas hospitalares**, previsíveis embora desconhecidas; fez surgir a necessidade de intercambiar experiências e soluções, além de pacientes.

Enfrentou-nos com o parcializado manejo que fazemos da anticoncepção e a necessidade de reformular-nos como médicos, de uma perspectiva mais pessoal e humanitária, o direito à procriação ou o direito à não procriação, em pessoas que vivem com esta patologia, orientando e respondendo de um modo menos abstrato e mais ativo nestes assuntos.

Se conseguimos universalizar em muitos centros o requerimento do exame do HIV, devemos nos perguntar agora sobre que deveríamos trabalhar para alcançar a fluidez e a eficácia nestes temas.

Esta experiência também nos forneceu - porque acho que foi um efeito compartilhado - um esboço do gratificante que pode chegar a ser um espaço e uma rotina de discussão institucionalizada”.

Finalmente, foi aberto um espaço de debate que se prolongou por mais de uma hora e envolveu a participação do auditório, composto por umas cem pessoas. Detalham-se alguns nós e conclusões, selecionando os tópicos que estão mais vinculados com nosso tema sob estudo:

- Participantes de diferentes disciplinas propuseram a necessidade de contar com diretrizes que orientem a provisão de métodos anticoncepcionais em PVA. Estas diretrizes deveriam ser produzidas no âmbito de reuniões interdisciplinares das quais também poderiam participar MVA.
- Foi apontada a necessidade de contar com a provisão pública de práticas em reprodução, “*equivalentes às que são feitas em privado*”<sup>35</sup>.

---

<sup>34</sup> Refere-se à pesquisa na qual ela participou como entrevistada.

<sup>35</sup> Em itálico assinalamos frases textuais ditas pelos participantes do encontro.

- Refletiu-se sobre as dificuldades que ocasiona conversar com os pacientes sobre sexualidade. A reflexão se expressou na seguinte pergunta: *“Como é possível que possamos falar da morte e não possamos falar da sexualidade?”* Houve consenso na necessidade de trabalhar em equipe, como modo de compensar o déficit pessoal. *“Temos que deixar de pensar no profissional individual”*. Os médicos infectologistas reclamaram a necessidade de envolver pediatras e clínicos como médicos de cabeceira das PVA.
- *“Os hospitais não estão preparados do ponto do vista da organização do espaço para conversar com as pessoas. Faltam lugares para o trabalho grupal e, fundamentalmente, falta espaço de intimidade. Perante a falta de intimidade, revisamos corpos, damos ordens e receitas. Para falar de coisas íntimas, o espaço deve acompanhar”*.
- Vários profissionais expressaram o impacto positivo que lhes produzia escutar *“que nos contem o que acontece com nosso trabalho, porque nos permite ver os avanços e também perceber coisas que se nos escapam por estar centrado cada um no seu”*.
- Também teve alto impacto emocional, para muitos participantes, a apresentação da mulher que falou de seu lugar de MVA. Uma profissional o expressou do seguinte modo: *“talvez, para nos aproximar às pessoas, tenhamos que nos esquecer do HIV”*.

### Quarta Parte: Do Céu aos Territórios

O direito das pessoas a disporem dos recursos que permitem exercer uma vida sexual livre de ITS e regular a fecundidade tem um alto reconhecimento formal nas sociedades democráticas modernas. Entretanto, os obstáculos que ainda se detectam em nossos países do sul do Equador, para a implementação de ações positivas e de alcance massivo, mostram-nos que estamos perante um campo ainda aberto à pesquisa e à experimentação de novas estratégias.

Os atores políticos, que tem propugnado pela criação de programas e leis que garantam estes direitos, tiveram que travar uma luta que se desenvolveu tanto nas ruas como nos foros de caráter internacional e em espaços legislativos locais, de nível nacional e municipal. Avançar na implementação efetiva dos acordos significa a consideração de novos cenários e atores: referimo-nos ao sistema de saúde e às equipas que o conformam. Dito de modo “épico poético”, se com O Cairo (1994) e Beijing (1995) ganhou-se o Céu, é preciso nestes tempos que correm avançar sobre os Territórios.

As visões **normativas** sobre a estruturação e modo de funcionamento dos sistemas de saúde vêm sendo criticadas desde os anos setenta (Onocko Campos, 2003). Porém, a perspectiva um tanto ilusória de um sistema organizado de modo funcional, conforme níveis de complexidades crescentes e intercomunicadas, mantém vigência em grandes setores da sociedade. E forma parte dos pressupostos de não poucas reformas que procuram a mudança sanitária; as propostas em matéria de saúde reprodutiva não ficaram alheias a esta limitação.

A corrente de pensamento sócio-sanitário, desenvolvida fundamentalmente por autores latino-americanos nas últimas quatro décadas (Nunes, 1991), nos abre frutíferos caminhos quando nos permite pensar a saúde como um fato social e os *processos de saúde – enfermidade – atenção* como cenários onde também são dirimidos os conflitos que movem as sociedades.

“A administração pública tem sido considerada um instrumento de operacionalização de política, embora apresentada sob forma de uma técnica aparentemente despolitizada (...) haveria que se

reconhecer que a administração de cada sistema de saúde, de cada empresa pública, é uma instância de disputa política, de conflito de classes, de várias concepções culturais, sociais e históricas” (Campos, 1997: 198).

A atenção aos níveis macroeconômicos, isto é, a como se estruturam e financiam os sistemas de saúde, não alivia a necessidade de focalizar o campo da gestão das instituições públicas de saúde, e a consideração dos atores que cotidianamente recriam as práticas sócio-sanitárias. É nessa micro-cena onde é *realizada* a produção de saúde, no encontro entre sujeitos profissionais e sujeitos usuários ou pacientes.

Nossa aproximação a esta cena é guiada pelos desenvolvimentos teóricos que indicam que nestes intercâmbios operam dimensões que escapam às visões sociológicas tradicionais; referimo-nos aos processos de ordem subjetiva que se ativam nos atores. Estes processos, por sua vez, expressam não apenas os matizes individuais das pessoas: nessa superfície também são encenados, atualizados ou recriados os conflitos sociais que atravessam os grupos<sup>36</sup>.

“O saber e a prática clínica – não só dos médicos, mas *lato sensu* – não tomam como um problema a ser investigado profissionalmente, ou até mesmo cientificamente, o fato de que o processo de diagnóstico e de cura é sempre uma relação entre dois sujeitos, nunca redutível a uma objetividade positivista (...) A resistência do paciente à intervenção do profissional sobre seu corpo, sua mente e sua vontade, e o envolvimento parcial deste último, em virtude de aspectos do caso ou do doente que lhe são desagradáveis ou lhe agridem a sensibilidade, podem levar grande parcela dos serviços produzidos ao fracasso”. (Campos, 1997: 184)

Guiados por estes conceitos, nossa pesquisa se propôs a aprofundar no conhecimento dos processos que facilitam ou obstaculizam a implementação efetiva de procedimentos tendentes a proteger a população dos riscos não desejados do exercício da sexualidade, situando o nível de observação nos serviços de saúde.

---

<sup>36</sup> Para uma visão desenvolvida deste ponto de vista, sugerimos a leitura do capítulo 2: A Co-produção de sujeitos e de coletivos: a função Paidéia (Campos, 2000: 67-120).

Neste capítulo, são realizadas reflexões analíticas sobre o material desenvolvido nas seções anteriores, seguindo três eixos: o das decisões metodológicas com ênfase nos interesses teóricos que as guiaram; o da comparação dos achados sobre sexualidade e serviços de saúde em função de pesquisas desenvolvidas por outros autores; e, finalmente, o da experimentação do uso da pesquisa como dispositivo para a gestão em saúde pública.

### **Considerações sobre o método de pesquisa**

O desenho da pesquisa recuperou preocupações teóricas de diferente ordem: a busca de articulações entre a saúde reprodutiva e o HIV/ aids, e o interesse por aumentar o conhecimento sobre o papel ativo dos atores; fato tradicionalmente maltratado pelas correntes de gerenciamento do setor público (Campos, 1997; 2000).

### **Sobre a articulação do HIV/aids e a saúde reprodutiva**

Mais de vinte anos da aparição dos primeiros casos de HIV/aids, observa-se ainda, tanto no plano programático (existência de Programas Verticais), no plano das comunidades científicas (Sociedades de Aids, Sociedades de Ginecologia, Sociedades vinculadas à Saúde Reprodutiva, Grupos de pesquisa acadêmica, etc.), como também no plano dos organismos financiadores internacionais (de pesquisa e de implementação de ações), uma dificuldade para integrar agendas e ações (Richey, 2003; Askew & Berer, 2003; Berer, 2003).

“Similarly, many in the sexual and reproductive health field rarely, if ever, read an aids journal or attend a meeting where HIV is the main subject (or didn't until aids money beckoned them). Many HIV specialists are similarly remiss when it comes to reproductive (and even sexual) health. Researchers in the two fields often do not consult or reference one another's articles even when addressing a topic of relevance to both. Papers on sexual and reproductive health topics submitted to international aids conferences rarely achieve plenary status, but rather are tucked away on posters and the

conference CD. A serious meeting of the minds is long overdue, but both groups have 20 years of catching up to do on information produced and experience gained on the other side of the fence, to avoid reinventing the wheel” (Berer, 2003:32).

Trabalhar sobre a saúde reprodutiva em PVA é uma superfície catalisadora, que permite observar de modo amplificado as dificuldades mais gerais, que se apresentam às equipes na hora de lidar<sup>37</sup> com a sexualidade das pessoas. Em realidade, é possível pensar que grande parte dos obstáculos para prevenir o HIV a partir do sistema de saúde, em especial em população feminina, está ligada a esta classe de dificuldades.

O HIV/ aids tem afetado desde o início da epidemia pessoas que se encontravam na chamada “idade reprodutiva” e, se bem que a princípio de modo desigual, afetou tanto homens como mulheres. A prova mais eloqüente disto é que, desde o início da epidemia, relatam-se casos de HIV/ aids por transmissão vertical<sup>38</sup>.

O forte imaginário que rodeou a doença desde seu início e que a vinculava a homens homossexuais, a usuários de drogas injetáveis<sup>39</sup> (em sua maioria homens heterossexuais) e sua associação com uma morte imediata, possivelmente dificultou a consideração de várias questões vinculadas ao nosso tema de estudo, isto é: as pessoas que se infetaram por compartilhar seringas contaminadas eram, em sua maioria, homens heterossexuais que mantinham relações sexuais com mulheres; que uma proporção importante de pessoas que se infetaram por compartilhar seringas contaminadas eram mulheres em idade reprodutiva; que muitos homens homossexuais também mantinham relações com mulheres em idade reprodutiva, e que alguns deles também tinham e/ou desejavam ter filhos, etc. Queremos enfatizar que o HIV e a reprodução em pessoas que vivem com o vírus foi um tema que “existiu” desde o início da epidemia, mas que por diferentes motivos de ordem sócio-subjetiva, demorou em instalar-se nas agendas científicas.

---

<sup>37</sup> Utiliza-se o conceito de lidar no sentido de “tomar parte em, participar de”.

<sup>38</sup> Em 1986 foram reportados os primeiros casos de AIDS em crianças por transmissão vertical (Ministério da Saúde, 2003).

<sup>39</sup> Convém assinalar, como dado de contexto, que a distribuição dos casos notificados de AIDS no país, segundo via de transmissão 1982 -2003, mostra que 36.3% eram usuários de drogas intravenosas (Ministério da Saúde, 2003).

O campo da atenção ao HIV/aids coloca-nos diariamente frente a novos desafios para os quais é preciso construir respostas que vão além do descobrimento de novas drogas. Na verdade, é em parte graças aos avanços científicos no campo da biomedicina nos últimos anos –que converteram o HIV/aids em uma doença crônica– que hoje ganha maior visibilidade a atenção aos direitos reprodutivos das pessoas. A existência do protocolo 076, da terapia antirretroviral de alta eficácia (Highly Active Anti-Retroviral Therapy - HAART), e de uma política de distribuição gratuita de medicamentos antirretrovirais em nosso país e em nossa cidade, tem marcado um antes e um depois na esperança e qualidade de vida das PVA. Isto tem gerado diferentes tipos de efeitos positivos, suscetíveis de serem mais ou menos mensurados. Os efeitos positivos claramente mensuráveis são os seguintes (Secretaria de Saúde 2002, 2003; Ministério de Saúde, 2003):

- Diminuição da mortalidade por aids
- Diminuição da aparição de novos casos de aids
- Diminuição do tempo de internação em pessoas com HIV/ aids devido à aparição de doenças relacionadas
- Aumento da expectativa de vida
- Diminuição da transmissão vertical
- Diminuição do número de crianças que desenvolvem a doença.

Outro efeito positivo ocasionado pela existência dos novos tratamentos pode ser visualizado no campo da prevenção do HIV. Referimo-nos ao aumento de pessoas que têm acesso ao teste e o conseqüente aumento de pessoas diagnosticadas de maneira mais precoce (em período assintomático), fato que se expressa com maior impacto nas mulheres em idade reprodutiva, a partir da oferta universal de fazer o teste no momento da gravidez<sup>40</sup>.

---

<sup>40</sup> Em 1997 foi aprovada a Norma Nacional de Aids em Perinatalogia.

A relação entre a prevenção e o tratamento das doenças é mais estreita do que o se considera geralmente (Tunala et al., 2000). Assim, contar com respostas para as PVA gera um novo cenário, em matéria de promoção e tomada de decisão, a respeito do teste de HIV. A progressiva perda de sentido da velha associação entre a aids e a morte, favorece que as equipes se sintam mais cômodas para ofertar o teste e gera uma melhor disposição nas pessoas para conhecer sua sorologia<sup>41</sup>. Dito de outra maneira, na medida em que diminuem os níveis de temor e de discriminação – já que as PVA deixam de ser ameaçantes – os profissionais perdem o medo de trabalhar sobre este problema e as pessoas conseguem romper a organização original da doença, que era “a doença de outros”<sup>42</sup>.

Finalmente, e não menos importante, o efeito mais positivo – tal como assinala Veriano Terto (2003) – é a mudança qualitativa que ocorreu nas PVA que têm passado de um “projeto de morte” à reorganização de um “projeto de vida” que inclui não apenas a possibilidade de inserção social, senão também as esperanças de formar uma família e/ou ter filhos.

A partir destas novas realidades, as equipes de saúde têm de responder às necessidades que antes não estavam colocadas com tanto nível de visibilidade. É preciso considerar na atenção às PVA, que as mesmas mantêm, na maioria dos casos, sua atividade sexual após o diagnóstico, e que têm direitos e desejos (como as demais pessoas) de regular sua fecundidade com os métodos mais adequados, assim como de tomar decisões estando informadas sobre reprodução e contar com a tecnologia mais avançada disponível para isso.

### **Consideração dos atores como parte do problema**

A decisão de trabalhar com entrevistas a quatro atores importantes do processo de atenção da saúde reprodutiva das PVA baseou-se na segunda preocupação teórica da tese, que é a sistematização de conhecimento sobre o papel ativo que têm os profissionais em seu papel de mediadores da realização das políticas.

---

<sup>41</sup> Na cidade de Buenos Aires, 60% das pessoas que têm entre 25 e 44 realizaram o teste do HIV. Desta proporção, 42,6% o fez no último biênio (Mazzeo & Carello, 2004).

<sup>42</sup> Esta afirmação baseia-se em diversos desenvolvimentos que expressam que localizar a aids como “doença de outros” é uma estratégia ilusória, mas estratégia com a finalidade de se manter “afastado do perigo” ou “fora de perigo” (Weller, 1999).

O modelo tradicional de gestão – denominado por Campos (2000) “modelo hegemônico gerencial” ou “modelo taylorista de produção de saúde” – baseia-se na divisão de tarefas entre os que pensam (os funcionários políticos dos níveis centrais, os diretores) e os que executam (os profissionais e seus “colaboradores”).

“O modelo liberal – privatista, ao cosificar a relação trabalhador – usuário, reduz o universo das necessidades e dos saberes a ele referente a um processo sempre previsível e estruturado, tratando os agentes deste processo como não sujeitos e sim como meros cumpridores de rituais. E um ritual nada interessante para ambos, principalmente para o usuário, inclusive empobrecendo a própria visão de problemas e necessidades ao não tratá-las na universalidade que elas se comportam” (Merhy, 1997 c: 119) .

Porém, as relações de poder dentro dos sistemas de saúde são infinitamente mais complexas, fato que possibilita não apenas a “realização de rituais” com perda do sentido último das ações (valorização do *procedimento* acima da cura ou da abordagem integral) mas também a existência de infinitas modalidades de atenção baseadas em critérios pessoais e/ou locais, tal como vimos no caso estudado da Cidade de Buenos Aires no capítulo anterior.

Esta variedade de percursos põe em evidência os graus de autonomia com que contam as equipes, mas também os níveis de abandono nos quais se encontram, em primeiro lugar, os usuários do sistema (quando a autonomia dos profissionais perde de vista a missão primária que é a atenção de usuários segundo suas necessidades) e, em segundo lugar, as equipes, largadas em muitos casos à sua própria capacidade de gestão de procedimentos e recursos para o cumprimento de suas tarefas (lugares físicos, habilitação por parte das chefias para realizar práticas adequadas, recursos materiais para desenvolver sua tarefa).

O hospital moderno, diz Campos (1997), desmente a hipótese que condiciona o desenvolvimento organizacional de uma instituição à existência de mecanismos unívocos de comando e controle.

Nos hospitais existem duas linhas de poder, duas hierarquias:

- 1) Uma tem na cabeça um diretor que administra o hospital em seus aspectos financeiros, materiais e controla os “paramédicos”.
- 2) A segunda linha de mando não pode ser considerada em rigor “linha de poder”, porque a distribuição de direitos e responsabilidades é mais horizontal: é o modo como se organiza o chamado corpo clínico.

Campos (1997) reflete sobre a contribuição de Foucault que introduz a noção de disciplina como nova forma de controle, assinalando que a introdução do poder disciplinar no hospital não ocorre de forma homogênea. Para os pacientes – diz Campos -, o hospital é uma *instituição total*, já que ao ingressarem deveriam deixar fora qualquer esperança de autonomia sobre seus corpos e vidas. Situação intermediária é a de técnicos e auxiliares e enfermeiros que trabalham sob regime de empresa moderna. Com maior grau de liberdade estariam os médicos e outros profissionais.

Nossa pesquisa privilegiou nas entrevistas a profissionais e usuários à busca de suas visões sobre os problemas, sobre as normas e a descrição de práticas de atenção que envolvem redes, percursos dos usuários dentro do sistema. Os resultados permitem confirmar a existência de uma grande quantidade de micro-poderes que permitem criar e sustentar circuitos que se encontram fora dos canais formalmente estabelecidos e fora do controle público. Em alguns casos, estas redes permitem resolver problemas a favor do interesse dos usuários: encaminhamentos personalizados para melhorar a atenção, uso de recursos privados e de fundações para suprir as práticas que o setor público não considera. Em outros casos, observa-se uma autêntica privatização do espaço público, onde as redes informais priorizam os interesses particulares de profissionais ou de grupos de profissionais, acima do interesse e direitos dos usuários.

Por que a pesquisa priorizou as entrevistas aos médicos e não se trabalhou também com outros profissionais que participam da atenção da saúde? Entendemos que este grupo profissional é o que ainda tem o maior poder de decisão e de intervenção dentro

do sistema de saúde público da Cidade de Buenos Aires. O modo de produção estatal de serviços de saúde está assentado sobre os médicos.

“Na prática, a questão médica poderia ser considerada a caixa-preta que os projetos públicos de saúde não conseguiram sequer desvendar, quanto menos resolver” (Campos, 1997:120).

“As recentes ampliações da composição qualitativa das equipes de saúde na área pública, com a contratação de enfermeiros, técnicos de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, e outros profissionais, via de regra tem representado um sopro de vida novo no corpo moribundo dos serviços públicos. (...) No entanto, não conseguiram, enquanto atores políticos, criar uma dinâmica política capaz de superar a privatização e burocratização do sistema público, prevalecendo, mesmo entre esses funcionários, uma situação de progressiva adaptação à pasmaceira do sistema público” (Campos, 1997: 124).

O trabalho com entrevistas a grupos diferentes procurando reconstruir, através das descrições, as práticas de atenção cotidianas permitiu visualizar obstáculos para a atenção da saúde reprodutiva que não costumam ser descritos por estudos similares (Ramos et.al., 2001). Possivelmente, um dos achados mais interessantes foi a localização de um autêntico “Triângulo das Bermudas” ou “buraco negro” que aparece quando a mulher grávida (com ou sem HIV) deixa o serviço de saúde após ter tido seu bebê.

Os médicos obstetras mostram, em geral, que não consideram o aconselhamento e provisão de métodos anticoncepcionais como parte de seu trabalho e, como foi mostrado, o grau de desenvolvimento do PSRPR, dentro do sistema, não está em condições de receber a demanda ocasionada pelos quase 30.000 partos anuais que realizam os hospitais públicos da Cidade. O fato se vê agravado pela falta de articulação entre os hospitais (lugares onde se realizam os partos) e os centros de saúde e consultórios médicos nos bairros, lugares onde o PSRPR tem um maior desenvolvimento.

Esta situação institucional não é observada como problema, inclusive por aqueles organismos defensores das políticas de saúde das mulheres. Exemplo disso foram as avaliações realizadas sobre o PSRPR da Cidade (Defensoria do Povo 2000; Defensoria

do Povo, 2002) que, aferrando-se ao enquadramento conceitual de avaliação da “Qualidade da Atenção”, circunscrevem os esforços de pesquisa aos profissionais que efetivamente trabalham no PSRPR e às usuárias que efetivamente conseguiram acessar e permanecer como usuárias do Programa.

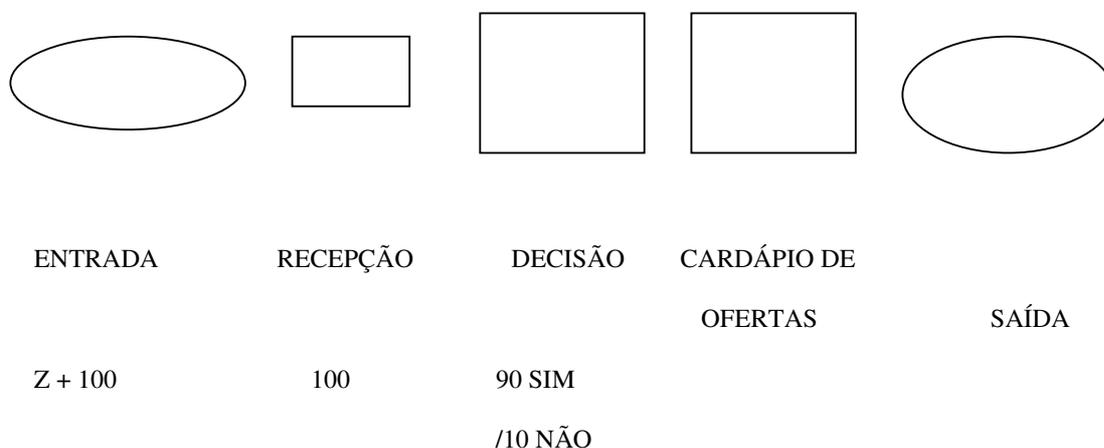
Nas palavras do sanitarista Merhy (1997a), esta visão de avaliação de processos em saúde padeceria o problema de centrar-se em “N”, isto é, a população que consegue envolver-se em um problema de atenção e que consegue ser atendida por uma instituição de saúde. Porém, os problemas encontram-se também no que Merhy chama “Z”, que representa à população que requer atenção, mas não consegue ingressar nos serviços de saúde. Para avançar na pesquisa sobre esta problemática, propõe uma metodologia de pesquisa da qual nosso projeto se nutriu.

O “fluxograma analisador” é uma ferramenta de análise pensada para:

“Perceber algumas situações e características importantes sobre o ‘fazer a saúde’, e que permita refletir sobre como é o trabalho no dia-a-dia dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como o faz, para que, por que, a quem e como serve”. (Merhy, 1997 a: 115)

A proposta é operar com um diagrama – resumo de “todos os processos – chave que ocorrem e caracterizam um determinado serviço de saúde, e que possa servir de ‘guia’ para a construção dos outros processos nele presentes” (Merhy, 1997 a:116). Esta ferramenta guarda semelhança, em sua conceituação, com o modelo do programa Windows utilizado em computação, ao permitir ver uma seqüência básica resumo que pode, por sua vez, facilitar a aparição de novos conteúdos em função das perguntas que estiverem ocupando o analista do processo.

O esquema básico que permite enquadrar qualquer serviço assistencial de saúde é o seguinte:



Onde Z + 100 representa os usuários que em um dia chegam à porta de um serviço. O uso de Z

“Procura mostrar que há pessoas que ou chegam e não esperam para entrar, ou mesmo, por ‘experiência’, nem vão ao serviço por saberem que isso não adianta, pois não serão recebidas” (..) “é importante ter em mente a sua existência para se poder registrar a informação de que uma parte dos usuários procura, mas não entra no serviço” (Merhy, 1997 a :117).

Um dos maiores desafios do campo da atenção primária da saúde é: como chegar aos que não demandam? Ou como passar da assistência dos que demandam para a busca das pessoas que apresentam problemas de saúde, mas não têm acesso aos serviços? A gravidade desta situação se põe em evidência quando se considera o alto número de complicações por aborto que atendem os hospitais de modo cotidiano. Nosso estudo, ao analisar as práticas que ocorrem quando o usuário acessa ao sistema, em particular o pedido exagerado de estudos complementares, põe em evidência “ruídos” sobre os quais é preciso trabalhar desde os espaços de gestão.

## **Dificuldades dos serviços de saúde para trabalhar as questões vinculadas à sexualidade, os cuidados anticoncepcionais e os desejos e temores de formar família nas pessoas que vivem com HIV**

As dificuldades para lidar com a sexualidade das pessoas não ocorrem apenas nos serviços de saúde da Cidade de Buenos Aires. Os estudos brasileiros, que pesquisaram estas problemáticas em Centros de Referência em HIV/ aids, encontraram situações semelhantes, e geraram também propostas que vale a pena levar em consideração para enfrentar estes novos desafios.

Procurando indagar a percepção das usuárias sobre os serviços de saúde que utilizavam, Santos et al. (2002) acharam situações similares às encontradas em nosso estudo: que as mulheres atendidas avaliavam muito positivamente os serviços e a maioria dos profissionais que ali trabalhavam; a maioria gostaria de discutir questões de sexualidade com seus médicos infectologistas, que são os profissionais com quem têm mais contato, com os quais se criam vínculos e com os quais têm familiaridade. As mulheres indicam que não encontram espaço suficiente para conversar sobre sua vida sexual, espaço que deveria existir se pensamos no impacto que tem o uso do preservativo em sua saúde e na de seus parceiros.

As entrevistas grupais com profissionais da saúde mostraram que quase todos os profissionais não conversavam sobre adesão ao uso do preservativo, sexo seguro ou uso de métodos anticoncepcionais ou qualquer outra questão relacionada com a saúde reprodutiva das mulheres, pelo menos não com a mesma ênfase com que conversavam sobre aderência aos antirretrovirais e outros medicamentos.

Oliveira (2002) observou o trabalho de profissionais da saúde em centros de HIV/ aids, tanto em sessões grupais como individuais, com mulheres (consultas médicas, sessões de aconselhamento, pré e pós-teste, cursos de pré-parto). Seus achados confirmam as percepções negativas relatadas pelos homens e mulheres que foram entrevistados. Se do ponto de vista das pessoas suas necessidades reprodutivas são óbvias, para o sistema elas não são consideradas, são invisibilizadas ou tratadas como problemas que surgem no curso do tratamento de prevenção mãe-filho ou controle clínico da infecção por HIV. Se bem os

trabalhadores da saúde fazem seguimento de mulheres positivas, futuras ou potenciais mães, encontram grandes dificuldades para falar ou tratar com as singularidades do caso.

Um estudo (Paiva et al. 2002a) sobre 1.068 MVA recorreu a técnicas quantitativas para criar um “escore” que permitisse medir em mulheres e homens (Paiva et al. 2003) com HIV/ aids o “espaço para falar de sexualidade” baseado nas respostas para as perguntas: “Você tem facilidade para falar de sua vida sexual com: a) infectologista, b) ginecologista, c) psicólogo, d) assistente social, e) enfermeiro?”; “Com quem se sente melhor para conversar sobre sexualidade no centro onde é atendida?” (Paiva o.al, 2002a: 1616). A análise das respostas das mulheres mostrou em primeiro lugar a seguinte tabela (ver Tabela 2) de frequências:

**Tabela 2-** Com quem se sente melhor para falar de sexualidade no hospital onde é atendida?  
(N=1.068)

| Membro da equipe de saúde       | Porcentagem de acordo (%) |
|---------------------------------|---------------------------|
| Psicólogo                       | 59                        |
| Infectologista                  | 56                        |
| Ginecologista                   | 51                        |
| Assistente / Trabalhador social | 33                        |
| Enfermeiro                      | 25                        |

Fonte: PAIVA, V. LATORRE, M., GRAVATO, N., LACERDA, R. ENHANCING CARE INITIATIVE. 2002a. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV / aids em São Paulo. Em: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6): 1609-1620.

Quando analisaram a *escala de espaço* para falar de sexualidade (a partir da combinação das respostas de cada mulher com os diferentes membros da equipe), as contagens foram muito baixas. Na escala que ia de 0 a 15, o escore médio foi de 5.1. 85% das mulheres teve até 8, o que indica que essas mulheres encontraram pouco espaço para falar sobre sua vida sexual. O espaço para falar de sexualidade não se altera em função do tempo de diagnóstico nem pela idade da mulher entrevistada.

Paiva et al. (2003) realizou um estudo equivalente sobre população masculina com HIV e obteve os seguintes resultados: sobre 250 homens que referiram ter relações sexuais com mulheres, 38% tinham mantido também relações com homens. Dos que tinham relação estável com mulheres, 32% viviam com uma mulher com HIV e 60% com uma mulher negativa. Para a pergunta sobre se queria ter filhos no futuro, 43% respondeu que sim, 52% que não e 5% que não sabia. Os que queriam ter filhos enumeravam algumas das seguintes razões: “não tive filhos”, “adoro as crianças”, “me faz sentir mais homem”, “quero formar uma família”, “voltei a casar”, “para ter continuidade, deixar uma semente”.

Quando lhes perguntaram quanto à vontade se sentiram falando com os diferentes profissionais da saúde sobre sexualidade e reprodução, os pacientes entrevistados consideraram que isto era mais difícil de abordar que outros assuntos, mais além da especialidade do membro da equipe de saúde. Consideravam o infectologista como seu médico de referência, e com quem se sentiram mais à vontade falando destas questões. Em uma escala de 1 a 12 para pontuar quanto à vontade se sentiram falando sobre suas vidas sexuais com profissionais da saúde, formulada aos que tiveram algum acesso, a média era menor a 6.4.

O trabalho “Sem direito a amar: homens e varões? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV” (Paiva et al. 2002b) conclui que: falar sobre assuntos gerais foi considerado sempre mais fácil que fazê-lo sobre preocupações da vida sexual e reprodutiva, independentemente do profissional que fosse; o infectologista foi considerado o profissional com quem teria mais facilidade e se sentiria mais à vontade, também para falar sobre sexualidade; e a média de sentir-se à vontade foi baixa para todos, e mais baixa ainda para as mulheres.

As pessoas também foram consultadas acerca de: “Se você falar para o médico que te acompanha: ‘Quero ter um filho’, qual você acha que será sua reação?” A maioria das mulheres pensava que seu médico ia opor-se *a priori*, e um terço delas pensava que o médico iria dizer que “é uma loucura”. 27% das mulheres acreditam que o médico lhes daria informação para que elas pudessem tomar uma decisão.

Quando perguntaram aos homens como imaginavam que o médico iria reagir caso expressassem os desejos de ter filhos, a metade pensou que o doutor estaria contra, 24% esperavam uma atitude imparcial, 10% pensaram que iriam ser apoiados. 16% restante não podia imaginar a situação de falar com o médico sobre isto.

Os resultados, também observados em estudos similares, mostram dificuldade por parte dos serviços de saúde para receber as demandas vinculadas à maternidade, dimensão tão central e eixo de construção da identidade feminina em nossos países.

Ao perguntar para homens e mulheres pelo conhecimento que tinham a respeito da transmissão vertical, métodos anticoncepcionais adequados para PVA e momento ideal para a reprodução com os menores riscos de transmissão do vírus, os resultados mostraram que para muitas mulheres faltava informação sobre qual era o melhor método contraceptivo para elas e qual era a melhor forma de ficar grávida diminuindo o risco de que o bebê nascesse infectado.

É alta a proporção de entrevistadas que não foi informada da existência de métodos anticoncepcionais mais indicados para mulheres que vivem com HIV/ aids (53%). A grande maioria das mulheres não conhecia nem o preservativo feminino<sup>43</sup> nem o diafragma. 25% não foram informados de que podiam transmitir o vírus ao bebê, 27% não sabiam que o vírus se transmite durante o parto ou a amamentação, nem que existe medicação específica para a mãe durante a gestação (24%) e para o bebê (30%). 85% estavam melhor informados sobre a necessidade de proteger os parceiros sexuais e de se protegerem a si próprios de uma reinfecção. No caso dos homens, estes tinham menos informação sobre TV que as mulheres. A fonte de informação habitual eram os meios de comunicação, não os profissionais da saúde (Paiva et.al., 2003).

Os estudos citados põem em evidência, mais uma vez, o peso dos valores culturais sobre a maternidade/paternidade, as relações de poder entre homens e mulheres em detrimento da capacidade de eleição desta última. As intervenções dos programas de saúde

---

<sup>43</sup> Como contexto, convém destacar que no Brasil se deu uma política de: a) distribuição massiva de preservativos femininos de modo gratuito para populações de baixos recursos, e b) acordos com a empresa produtora para baixar o custo dos preservativos femininos que são vendidos nas farmácias. Realizaram-se, também, estudos de viabilidade de aceitação do método e estudos de avaliação da política de promoção e aumento de acessibilidade ao preservativo feminino. Mulheres aprovam camisinha feminina <[www.aids.gov.br/mulheres.htm](http://www.aids.gov.br/mulheres.htm)>

não contemplam, em geral, estes elementos e abordam as pessoas segundo modelos individuais e exclusivamente racionais. Isto leva, muitas vezes, a culpabilizar a pessoa por sua incapacidade de controlar questões que não estão ao seu dispor. Por sua vez, gera ruídos na comunicação que debilitam o vínculo entre as pessoas que acessam aos serviços e os profissionais que as atendem.

Convém recordar, também, o grande peso que têm as ações dos serviços de saúde sobre a vida reprodutiva das pessoas.

Knauth et al. (2003) realizaram um estudo, com entrevistas, a 60 MVA. Elas haviam realizado seus partos em hospitais de São Paulo e Porto Alegre. As mulheres foram entrevistadas em dois momentos: antes e depois do parto. Os resultados que encontraram foram os seguintes: em Porto Alegre, 29, de 30 mulheres, referiram não querer ter mais filhos depois dessa gravidez. 21/29 referiram querer ser esterilizadas após a gravidez que estavam cursando. 2/29 mulheres foram esterilizadas em Porto Alegre. Em São Paulo, 28/30 não queriam ter mais filhos, 22/28 quiseram ser esterilizadas e 15/28 foram esterilizadas. O estudo permite extrair duas conclusões importantes: a alta proporção de mulheres com HIV que referiram querer uma ligadura de trompas, e o peso que tem a cultura institucional na provisão de métodos anticoncepcionais. Tal como assinalam as autoras, as decisões reprodutivas das mulheres não ocorrem somente na esfera privada, e, sim, estão condicionadas por um grupo de fatores institucionais e culturais que vão além dos desejos individuais e das experiências.

Os estudos resenhados e o que foi realizado por nós, em nossos próprios serviços, mostram as grandes dificuldades existentes para encarar, no âmbito da atenção da saúde, os aspectos vinculados com a sexualidade, a fertilidade e os desejos de maternidade e paternidade das PVA.

A dificuldade para lidar com estes aspectos afeta os sentimentos das PVA (dor, incompreensão e solidão, culpa), **mas também gera sentimentos negativos e dolorosos nos profissionais**: desconforto, incerteza, angústia, dilemas éticos que são vividos como “questões pessoais” em lugar de serem vistos como problemas sociais e éticos, que requerem a conversação com outros para encontrar soluções ou respostas que sejam vividas como “profissionais”, e não como decisões “pessoais” (e, portanto, solitárias).

Mas, além disso, e pensando agora do ponto de vista dos profissionais da saúde, a dificuldade para incorporar estas temáticas na atenção, gera efeitos paradoxais que atentam contra a própria qualidade do trabalho e aumenta os sentimentos de frustração. “*A mulher que foi tão bem atendida, que teve um filho negativo, volta aos poucos meses com uma nova gravidez. Em algo falhamos.*”

Nosso estudo mostrou que, efetivamente, há um “buraco negro” (depois do parto, o quê?) na atenção integral das PVA, e isto tem que ver com a dificuldade para “fazer algo” com a mulher/casal que deixa o serviço de saúde depois de ter sido atendida por uma equipe que realizou um trabalho, que tem uma qualidade equivalente às principais cidades do mundo desenvolvido<sup>44</sup>.

Todos fomos socializados em um contexto cultural no qual a sexualidade se caracteriza por ser um tema privado, confinado à intimidade, e rodeado de pudor. Se bem há normas morais muito fortes ao redor disto, convivemos com a convicção de que em matéria sexual “cada um faz o que quer, e quem seria a gente para opinar sobre o assunto”. Se bem a sexualidade de cada um seria coisa de cada um, não acontece o mesmo com os cuidados que são necessários para evitar gravidezes não desejadas e prevenir doenças de transmissão sexual.

A distribuição do conhecimento e o acesso aos métodos de prevenção das doenças de transmissão sexual e aos métodos anticoncepcionais é absolutamente desigual em nossas sociedades, e se encontra atrelada aos padrões culturais e econômicos dos diferentes grupos, tal como apontamos na introdução de nosso trabalho.

A existência de abortos que se realizam de modo cotidiano e a proibição de realizá-los dentro das regras legais são a mostra mais cabal dos limites à liberdade da “vida sexual de cada um”. É ali onde o sistema de saúde encontra a justificação para agir, propor ofertas com relação à vida sexual e a concepção (ou desejos de não concepção) das pessoas. Na medida em que as relações sexuais não protegidas suportam a possibilidade de uma gravidez que poderá ou não ser levada a termo, e que poderá finalizar em um aborto, e

---

<sup>44</sup> Até 30 /08/2004 a taxa de TV era de 5.7% (Secretaria da Saúde, 2004).

sabendo que o aborto é uma prática ainda penalizada, os que formam parte do sistema de saúde têm a obrigação legal (Lei 418/2000<sup>45</sup>) de realizar todos os esforços possíveis para prevenir esta situação. A oferta de métodos anticoncepcionais no contexto de um aconselhamento adequado é sem dúvida a prática mais efetiva.

A formação médica tradicional atua como obstáculo a ser trabalhado, na medida em que encontra dificuldades para considerar como “científico” aquilo que se refere a aspectos da vida subjetiva, e, portanto, não “controláveis” das pessoas. Perante a vida sexual das pessoas, as equipes, efetivamente, podem OFERECER recursos, mas não podem garantir sua efetiva implementação. É preciso vencer este limite onde uma ação médica adequada seria aquela que IMPÕE e não uma que OFERECE.

As equipes de saúde, sim, podem oferecer aconselhamento em matéria de reprodução e anticoncepção. E podem também “intervir” sobre as pessoas que efetivamente desejam adotar um método anticoncepcional. O que não se pode nem se deve, claro, é controlar suas vidas sexuais. Mas seria este o objetivo de uma intervenção de uma equipe de saúde?

Outro obstáculo detectado a partir de nosso estudo tem a ver com a fragmentação do processo de trabalho, fundamentalmente no caso dos profissionais que fazem obstetrícia. É preciso (e urgente) redefinir o conceito de “atenção integral da gravidez” até incluir, como parte dessa atenção, a oferta de informação e provisão de métodos anticoncepcionais. O PRSPR é uma **ferramenta** para aumentar o acesso ao controle da fecundidade por parte dos cidadãos, mas, ao mesmo tempo, a Lei de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável da Cidade de Buenos Aires insta à existência de atendimento deste tipo em todos os serviços públicos da cidade. O fato de que em alguns serviços de saúde estas equipes estejam vinculadas à gineco-obstetrícia no organograma, não exclui que outras pessoas, não relacionadas diretamente ao Programa, conversem com seus pacientes sobre estes temas.

---

<sup>45</sup> Lei de Saúde Reprodutiva e Procriação Responsável da Cidade de Buenos Aires.

Quais são os obstáculos que se apresentam aos profissionais no momento de estabelecer uma conversação que viabilize a oferta de cuidados nas relações sexuais? Nosso estudo detectou um leque de situações formuladas no estudo ao modo de hipótese de trabalho.

Este leque inclui posições autoritárias que identificam os profissionais com “policiais” do comportamento, mostrando uma marcada atitude de desprezo para com a vida afetiva do paciente (possivelmente este desprezo seja extensivo à vida do paciente em geral). Se bem a linguagem médica encontra-se estruturada fortemente ao redor de metáforas bélicas e militares, alguns profissionais carecem da menor distância a respeito deste aspecto.

Com menor virulência, mas mantendo o esquema normativo de comunicação, outros profissionais apenas conseguem considerar, no momento do encontro com o paciente, aqueles comportamentos que coincidem com o “bem fazer” a respeito dos parâmetros morais ainda dominantes em amplos setores da sociedade, comportamentos que coincidiriam com um agir “adequado” – no sentido normativo do termo - para a prevenção primária e secundária do HIV/aids. O profissional consegue ver a pessoa para além da doença, no sentido de lhe supor uma vida sexual e afetiva. É por isso que lhe indica medidas de proteção que se baseiam em uma mistura de preceitos de cuidado-preceitos morais (ser fiel, ser heterossexual, não ter filhos, usar preservativos sempre, etc.) que têm sido abundantemente criticados pelas pesquisas sobre representações sociais e HIV/aids (Castiel, 1996; Petrillo, 1996; Grimberg et.al, 1997; Weller, 1999; Biagini, 2000).

Finalmente, o estudo detectou um terceiro tipo de obstáculo, que é o que parece apresentar-se aos profissionais que conseguem perceber o caráter conflitante da superfície sobre a qual trabalham. Promover a realização do teste do HIV em mulheres e homens demandantes do PSRPR, em mulheres grávidas e seus parceiros, supõe que pessoas supostamente “normais” tenham incorrido em comportamentos de risco que ainda têm alta conotação moral negativa em amplos setores da sociedade. Esta classe de ofertas supõe, pela sua própria presença, atravessar o impasse em que se encontra a sociedade a respeito de dois tipos de morais em trânsito: a “terceira moral” descrita por Freud e a “quarta moral” sistematizada por Campos (2000), tal como se detalha a seguir.

Em seu texto *Moral sexual civilizada e doença nervosa moderna*, escrito em 1908, Freud<sup>46</sup> citado por Campos assinala que:

“Considerando a evolução do instinto sexual, podemos distinguir três estágios de civilização: um primeiro em que o instinto sexual pode manifestar-se livremente sem que sejam consideradas as metas de reprodução; um segundo em que tudo do instinto sexual é suprimido, exceto quando serve ao objetivo da reprodução; e um terceiro no qual só a reprodução legítima é admitida como meta sexual. A esse terceiro estágio corresponde a moral sexual “civilizada” da atualidade” (Campos, 2000: 94).

Campos assinala que a perspectiva mecânica da proposição - que dificulta considerar a coexistência em todas as épocas de práticas atribuídas por Freud aos diferentes estágios -, não impediria continuar a série, propondo a existência –nova- de um quarto modo dominante de relacionamento sexual.

“O terceiro estágio descrito por Freud foi certamente o modelo que predominou na época vitoriana. Contudo, com a progressiva extensão de direitos às mulheres, com a independência de nações antes colonizadas e, particularmente, com a revolução de costumes dos anos 60, generalizou-se uma outra moral regulamentadora da sexualidade (...) hoje, ainda são impostos limites ao desejo sexual, porém este limite é demarcado pelo interesse do outro, e não necessariamente por alguma cerimônia de casamento ou por algum código preestabelecido de procedimentos. (...) Como antes, também hoje, ainda se verificam discursos discordantes. A Igreja Católica continua insistindo no retorno à moral vitoriana: sexo somente como prática reprodutiva e dentro da família institucionalizada” (Campos, 2000: 95 -96).

Colocadas as coisas desta maneira, os profissionais estariam em um “*encerrona trágica*” (Ulloa, 1986), no sentido de vivenciar que a oferta de cuidados em matéria de sexualidade, vinculados aos novos modos de relacionamento, coloca-os no lugar de estarem

---

<sup>46</sup> FREUD, S. 1981. La moral sexual “cultural” y la nerviosidad moderna. En: *Obras Completas de Sigmund Freud*. Buenos Aires, Biblioteca Nueva. 1249-1261.

viabilizando esta quarta moral. Isto suscitaria contradições internas em relação às diferentes filiações ideológicas, morais e religiosas que os têm constituído, assim como possíveis temores de ferir os sentimentos das pessoas que atendem, ou ter que enfrentar os conflitos que a oferta destas práticas pode suscitar no paciente e/ou em seu parceiro.

Seguindo os desenvolvimentos de Ulloa no que diz respeito ao conceito de “encerramento trágico”, o psicanalista argentino dirá que o modo de romper o encerramento se produz pela aparição de terceiros (discursos, instituições, grupos) que permitem levar à cena social o que era uma cena intrapsíquica. Por isso, nossas propostas vão na direção de abrir espaços coletivos onde estas temáticas possam ser analisadas em um plano grupal, envolvendo os profissionais das equipes e as equipes de gestão de nível central, envolvendo também a presença de atores da sociedade civil em função das características e os tempos destes processos.

### **Consideração dos atores como parte da solução: a pesquisa como dispositivo de gestão**

Para finalizar nosso trabalho, apresentamos algumas reflexões a partir da experiência feita através da Coordenação Aids de usar uma pesquisa como um *dispositivo* ou ferramenta de gestão. Como um recurso a mais para o nível central trabalhar com equipes de saúde de nível local<sup>47</sup>.

O convite para se pensar de modo coletivo os problemas de saúde e a forma de resolvê-los, caminha na direção contrária das propostas da administração científica e dos métodos de planejamento que partem do pressuposto de que os interesses e desejos dos trabalhadores obstaculizariam a gestão. A criação de *rodas* para o intercâmbio de informação, a análise conjunta e a tomada de decisões parte também de outros pressupostos, tais como que todos os coletivos têm informação de algum tipo, que em geral se usa pouco a experiência produzida pelos próprios grupos, e que a dificuldade de um coletivo para analisar

---

<sup>47</sup> A busca e utilização de dispositivos para o trabalho em gestão envolve supostos e desenvolvimentos que foram exaustivamente tratados por Campos (2000) na apresentação que faz de “Um método para análise e co-gestão de coletivos”.

não é, em geral, por ausência de informação e, sim, por obstáculos políticos, organizacionais e subjetivos. (Campos, 2000).

Os planos onde os dispositivos produzem efeitos, seguindo a Campos (2000) são:

- **Político social:** operando como espaço para a análise institucional, permitindo a emergência de novas visões do mundo, com reconstrução da organização, como também da subjetividade do grupo das pessoas (fator paidéia).
- **Subjetivo:** funcionam como instâncias de deliberação política, espaços nos quais se disputa o poder, a construção de projetos, compromissos e contratos.
- **Pedagógico:** contribuindo a educação continuada, função pedagógica com inclusão de atividades educativas, discussões, leituras sobre como fazer.
- **Gerencial:** organizando-se como instância de gerência propriamente dita, comprometida com a operação concreta do cotidiano.

O objetivo de gestão da Coordenação Aids era impulsionar novas modalidades de trabalho que, de acordo com o conhecimento técnico acumulado pela equipe, seriam mais adequadas para a prevenção de novos casos de infecções por HIV, como também para o melhoramento da atenção clínica das PVA. Algumas das modificações que se pretendiam instalar, isto é, algumas das práticas que a Coordenação Aids precisava que as equipes de saúde implementassem, eram as seguintes:

- Oferta de teste com aconselhamento a mulheres e homens em idade reprodutiva quando estas pessoas demandassem atenção do PSRPR e/ou no momento do início dos controles pré-natais.
- Consideração dos desejos e direitos das PVA a formar uma família, contando com o aconselhamento adequado e a tecnologia socialmente disponível.

- Consideração das dificuldades das PVA, ou de uma parte delas, para serem usuárias sistemáticas do preservativo, possibilitando-lhes o acesso a um aconselhamento adequado e aos métodos anticoncepcionais de que dispõe de modo gratuito o PSRPR.

Esta situação gerou um leque de perguntas tais como: Quem eram os atores destas práticas? Em que medida estavam sendo executadas algumas destas diretrizes? Que posições teriam os diferentes profissionais perante estas novas temáticas? Quais seriam os elementos que obstaculizariam levar à prática estas mudanças? Poderiam encontrar-se situações do cotidiano das equipes ou do modo em que é encarada a tarefa que facilitassem a implementação destas mudanças?

Estas perguntas e outras foram sistematizadas em um protocolo de pesquisa e, como foi descrito no capítulo anterior, a necessidade de gerar uma amostra de profissionais para serem entrevistados obrigou à equipe da Coordenação a pensar os problemas de modo mais integrado. A fragmentação não está apenas presente no trabalho cotidiano das equipes de saúde locais, é um perigo sempre latente em nossos sistemas de saúde modernos.

A seleção de pessoas para entrevistar e entrar em contato com elas para organizar o tempo e a forma da entrevista, como também a realização da entrevista, foram passos, depois, resignificados como o início da construção de um vínculo mais estreito entre dirigentes e equipes. Do mesmo modo, posteriormente se refletiu que a entrevista constituiu um espaço onde foi possível começar a conversar sobre temáticas novas e conflitantes.

Uma vez finalizado o trabalho de campo com os profissionais, e tendo sido sistematizada a primeira informação, convocou-se para a primeira *roda*. Se a leitura sistemática das entrevistas havia transformado nossos entrevistados em “um grupo” que apenas existia na cabeça da equipe de pesquisa, o momento do encontro entre os profissionais entrevistados com a equipe de pesquisa instalou um espaço absolutamente novo e inédito dentro das práticas habituais do sistema de saúde, inaugurando um novo tipo de relação entre um nível central e as equipes locais, um espaço para reflexão ainda que também marcado pelas ofertas da direção. Permitiu também a criação de um espaço coletivo onde pudessem interagir profissionais de diferentes especialidades e de diferentes estabelecimentos de saúde,

gerando a potencialidade subjetiva de sair das “ilhas” e confrontar suas preocupações e respostas com outros, tendo como *suporte* um vínculo não ameaçador a partir do esforço realizado pela coordenação da reunião. Neste contexto foram apresentados os primeiros resultados, possibilitando aos profissionais refletir de modo crítico sobre os achados.

A segunda *roda* foi mais massiva e dela participaram também PVA em qualidade de discutidores e de público.

Tomando como insumos os resultados das produções coletivas apresentados no capítulo anterior, é possível dizer que os espaços abertos pela pesquisa permitiram a emergência de produtos tanto no que diz respeito ao objeto primário do trabalho: melhorar as propostas para a atenção dos usuários; como ao objeto secundário: criar vínculos entre os profissionais envolvidos e diminuir –embora de modo incipiente- os níveis de fragmentação com seu correlato subjetivo de sentimentos de solidão.

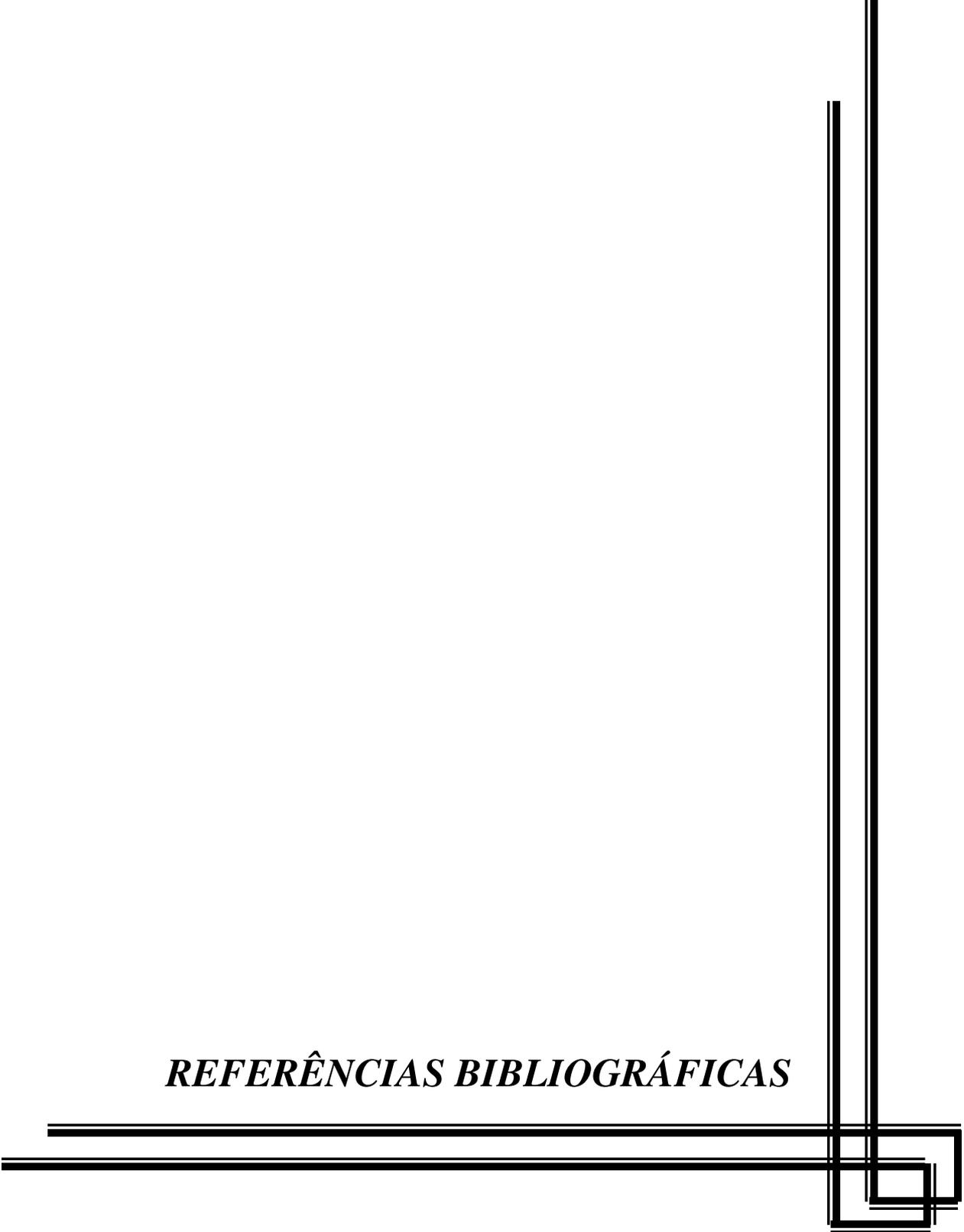
Nosso dispositivo de trabalho apostou em:

- Geração de tempos e espaços onde intercambiar informação e analisá-la de modo coletivo.
- Respeito pelos processos, os tempos e os contextos de trabalho das equipes.
- Um processo de construção de confiança, diferente de uma “intervenção” pontual, que possibilitou a instalação de vínculos.
- Uma valorização dos diferentes saberes e respeito pelos diferentes pontos de vista.

Todas as características enumeradas não são outras que aquelas, imaginamos, gostariam de sentir os usuários no encontro com estes profissionais. Mas é possível dar o que não se tem? Entendemos que este caminho inaugura uma possibilidade.

“È isto: cada novo modelo teórico inventado, durará até a primeira falha, até o primeiro erro, até o primeiro protesto; então estar-se-á novamente diante do desconhecido, diante do incerto, e estarão os homens obrigados a pisar passos no escuro do não-sabido porque, na realidade, estarão tratando do nunca acontecido” (Campos, 2000: 110).

*REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS*



AGCBA (Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires). 2003. *Informe Final de Auditoría. Proyecto N° 3.16.02.00. Cumplimiento de la Ley N° 418 de Salud Reproductiva y Procreación Responsable. Período 2000/2001*. Buenos Aires.

ASKEW, I. and BERER, M. 2003. The Contribution of Sexual and Reproductive Health Services to the Fight against HIV / AIDS : a Review. In: *Reproductive Health Matters*. 11(22): 51-73.

AVILA, M. e CORREA, S. 1999. O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. Em: Galvao, J. e Díaz, J. (orgs.) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Dilemas e desafios*. Sao Paulo: Editora Hucitec / Population Council: 70-103.

AYRES, J.R. 1997 *Sobre o risco. Para compreender a Epidemiologia*. Sao Paulo, Editora Hucitec.

BERER, M. 2003. Editorial. HIV/AIDS, Sexual and Reproductive Health: Intimately Related. In: *Reproductive Health Matters* 11(22): 6-11.

BIAGINI, G. 2000 El hospital público y la significación social del HIV/sida En: *Cuadernos Médico Sociales* N° 78. Rosario, CESS: 55-71.

BRETIN, H. 1996. ¿Qual escolha, quais desigualdades? O uso do contraceptivo depoprovera na França. Em: SCAVONE, L. (org.) *Tecnologías reprodutivas: género e ciência*. Sao Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 73-86.

CAMPOS, G. 1997. *Reforma da Reforma. Repensando a Saúde*. Sao Paulo, Hucitec.

CAMPOS, G. 1998 Análisis crítico de las contribuciones del cuerpo teórico de la salud pública a las prácticas sanitarias. *Cuadernos Médico Sociales* 74. Rosario, CESS: 79-90.

CAMPOS, G. 2000. *Um método para análise e co-gestao de coletivos. A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda*. Sao Paulo, Hucitec.

CASTEL, R. 1980. *El psicoanalismo*. México, Editorial Siglo XXI.

CASTIEL, L. 1994 *O buraco e o avestruz. A singularidade do adoecer humano*. Campinas, Papyrus.

CASTIEL, L. 1996 *Moléculas, molestias, metáforas. O senso dos humores*. Sao Paulo, Unimarco Editora.

CASTIEL, L. 1999 *A medida do possível... saúde, risco e tecnobiociências*. Río de Janeiro, Contra Capa Livraria/Editora Fiocruz.

CECILIO, L. 1997 Technical health care models: from the pyramid to the circle, a possibility to be explored in *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (3): 469-478. Río de Janeiro.

CEDES. 2002 Notas informativas CEDES - *Salud y derechos sexuales y reproductivos en Argentina: salud pública y derechos humanos*. Mimeo. Buenos Aires, CEDES.

CESILINI, S. y GHERARDI, N. (editoras) 2002. *Los límites de la ley. La salud reproductiva en la Argentina*. Buenos Aires, Banco Mundial.

CIPD 1994 *Conferencia Internacional de Población e Desarrollo. Relatorio de CIPD*. Comisión Nacional de Población y Desarrollo y Fondo de Población de las Naciones Unidas, Cairo, 5-13 de setiembre.

COREA, G. 1996. Os riscos da fertilização em vitro. Em: SCAVONE, L. (org.) *Tecnologías reproductivas: género e ciência*. Sao Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 163-166.

CHANDRA, A., STEPHEN, EH. 1998 Impaired fecundity in the United States: 1982-1995. *Fam Plann Perspect* Jan-Feb; 30 (1): 156-7.

CHATEL, M. 1996. *El malestar en la procreación*. Buenos Aires, Nueva Visión.

CHEN, J.; PHILLIPS, K.; KANOUSE, D.; COLLINS, R. and MIU, A. 2001. Fertility desires and intentions of HIV-Positive men and women. In: *Family Planning Perspectives*, 33(4):144-152 & 165.

CHU, S., HANSON, D., JONES, J. AND THE ADULT/ADOLESCENT HIV SPECTRUM OF DISEASE PROJECT GROUP. 1996. Pregnancy Rates Among Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. In: *Obstetrics & Gynecology* 87 (2):195-198.

DAMIÁN, G.E. 2001. Saúde reprodutiva no México depois do Cairo. Em: Oliveira, M. e Baltar da Rocha, M. (orgs.) *Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política*. Campinas, SP: Editora da Unicamp / Nepo. 17-47.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 2000. *Informe acerca de la aplicación del Programa de Salud Reprodutiva en los hospitales públicos de la Ciudad de Buenos Aires, a partir de la Ley Nº 418 de Salud Reprodutiva y Procreación Responsable*. (Mimeo) Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 2002. *Programa de promoción, control y defensa de derechos sexuales y reproductivos coordinado por la Adjuntía en Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo de la Ciudad de Buenos Aires*. Proyecto. (Mimeo). Buenos Aires.

DIEZ, A. 2001. Novos dilemas, velhos discursos: directos sexuais e reprodutivos na Argentina. Em: Oliveira, M. e Baltar da Rocha, M. (orgs.) *Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política*. Campinas, SP: Editora da Unicamp / Nepo: 101-120.

FAMILY CARE INTERNATIONAL. 2000. Fichas informativas sobre salud sexual reproductiva, Nueva Cork.

FERNÁNDEZ, A. 1993. La mujer de la ilusión. Pactos y contratos entre hombres y mujeres. Buenos Aires, Paidós.

FLEURY, S. 1997. *Saúde e Democracia: a luta do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES)*. Sao Paulo, Lemos Editorial.

FLEURY, S. 1999. *Políticas Sociales y Ciudadanía*. (Mimeo 27 páginas)

FOUCAULT, M. 1974 *Nascimento da Medicina Social*. Conferencia pronunciada no Instituto de Medicina Social da UEG. Río de Janeiro, outubro, 1974.

FURTADO, J.P. 2001 Um método construtivista para a avaliação em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva* 6 (1): 165-181.

GALVAO, L. e DÍAZ, J. 1999. Introdução. Em: Galvao, J. e Díaz, J. (orgs.) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Dilemas e desafios*. Sao Paulo : Editora Hucitec / Population Council. 15-20.

GIFFIN, K. 1994 Women's health and the privatization of fertility control in Brazil. *Soc.Sci.Med.* 39 (3): 355-360.

GLUCKSMANN, A. 1987 *La fisura del mundo. Ética y sida*. Barcelona, Península.

GOETZ, J., LECOMPTE, M. 1988. *Etnografía y diseño cualitativo en investigación educativa*. Madrid, Ediciones Morata.

GRIMBERG, M., MARGULIES, S. Y WALLACE, S. 1997 Construcción social y hegemonía: representaciones médicas sobre sida. Un abordaje antropológico. En: A. Kornblit (org) *SIDA y Sociedad*. Buenos Aires, Espacio Editorial.

GUARINO, M. 1996. Tecnologías reprodutivas: implicações na saúde da mulher. Em: SCAVONE, L. (org.) *Tecnologías reprodutivas: género e ciência*. Sao Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 217-220.

HARDY, E. 1999. Del control de la natalidad a la salud reproductiva. En: Bronfman, M. y Castro, R. (orgs.) *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública.123-134.

KNAUTH, D.; BARBOSA, R.; and HOPKINS, K. Between personal wishes and medical "prescription": mode of delivery and post-partum sterilisation among women with HIV in Brazil. In: *Reproductive Health Matters* 11(22): 113-121.

KLINE, A.; STRICKLER, J. and KEMPF, J. 1995. Factors associated with pregnancy and pregnancy resolution in HIV seropositive women. In: *Soc.Sci.Med.* Vol. 40, No. 11: 1539:1995.

LANGER, A. 1999. Planificación familiar y salud reproductiva o planificación familiar versus salud reproductiva. Desafíos para llevar el paradigma de la salud reproductiva de la retórica a la práctica. En: Bronfman, M. y Castro, R. (orgs.) *Salud, Cambio Social y Política. Perspectivas desde América Latina*. México: EDAMEX e Instituto Nacional de Salud Pública. 135-150.

LARSEN, U. 2000 Primary and secondary infertility in sub-Saharan Africa. *Int J Epidemiol* Apr; 29 (2): 258-91.

LINDSAY, M., GRANT, J., PETERSON, H., WILLIS, S. NELSON, P. and KLEIN, L. 1995. The impact of knowledge of human immunodeficiency virus serostatus on contraceptive choice and repeat pregnancy. In: *Obstetrics & Gynecology* 85(5). Part 1:675-679.

LINDSTROM, D. 1998. The role of contraceptive supply and demand in Mexican fertility decline: evidence from a microdemographic study. *Population studies*,52 (3): 255-274.

LUSH, L., CLELAND, J, WALT, G. & MAYHEW, S. 1999. Integrating reproductive health: myth and ideology. In: *Bulletin of World Health Organization*. WHO. 77 (9): 771-777.

LUSH, L., WALT, G. and OGDEN, J. 2003. Transferring policies for treating sexually transmitted infections: what's wrong with global guidelines? *Health Policy and Planning* 18 (1): 18-30.

LUZ, M. 1997 *Natural, racional, social. Razón médica y racionalidad científica moderna*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

MARSTON,C., CLELAND, J. Relationships Between Contraception and Abortion: A Review of the Evidence. *International Family Planning Perspectives*. 29 (1): 6-13.

MAZZEO, V., CARELLO, G. 2004. VIH y prácticas preventivas de la población de la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida* 4:18-21. Publicación de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Buenos Aires, Secretaría de Salud.

MCBA (Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires).1988. *Programa de Procreación Responsable*. Buenos Aires. Mimeo.

MENÉNDEZ, E. 1979 *Cura y control. La apropiación de lo social por la práctica psiquiátrica*. México, Editorial Nueva Imagen.

MENÉNDEZ, E. 1992 Grupo doméstico y proceso de salud/enfermedad/atención. Del teoricismo al movimiento continuo. En: *Cuadernos Médico Sociales*, nº 59: 3-18. Rosario, CESS.

MERHY, E. 1997a Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. Em: Merhy, E.E. y Onocko, R. (org.) *Praxis en salud: un desafío para lo público*. São Paulo / Buenos Aires; Hucitec/Lugar Editorial.

MERHY, E.1997 b Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assitecnial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde) . Em: Cecilio, L. (org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo, Hucitec

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2003. *Boletín sobre el sida en la Argentina*. Año X. Número 22. Buenos Aires.

NUNES, E. 1991. Trayectoria de la Medicina Social en América Latina: elementos para su configuración. En: *Debates en Medicina Social*. Quito / ALAMES. Washington, OPS/OMS. 17-137.

NUNES, E. 1994 Saúde Coletiva: história de uma ideia e de um conceito. En: *Saúde e Sociedade* 3(2):5-21.

OLIVEIRA, F. 1996. Expectativas, falencias e poderes na Medicina da Procriação: gênero, racismo e bioética. Em: SCAVONE, L. (org.) *Tecnologías reprodutivas: gênero e ciência*. Sao Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista,185-198.

OLIVEIRA, L. 2002. Demandas reprodutivas e assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS: limites e possibilidades no contexto dos serviços de saúde especializados. Artigo de encerramento do Programa de Metodología de Pesquisa em Gênero, Sexualidade e Saúde Reprodutiva/NEPO/UNICAMP, 2002 (apud Paiva et al., 2003).

ONOCKO CAMPOS, R. 2002 Humano, demasiado humano: un abordaje del malestar en la institución hospitalaria. (mimeo). Campinas.

ONOCKO CAMPOS, R. 2003 a. *O planejamento no laberinto, uma viagem hermenéutica*. Sao Paulo, Hucitec.

ONOCKO CAMPOS, R. 2003 b. A gestão: espaço de intervenção, análise e especificidades técnicas. Pp 122-149. In: Saúde Paideia, (org) Campos, G. Sao Paulo, Editora Hucitec.

PAIVA, V. LATORRE, M., GRAVATO, N., LACERDA, R. ENHANCING CARE INITIATIVE. 2002a. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV / AIDS em Sao Paulo. Em: *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(6): 1609-1620.

PAIVA, V., FILIPE, E., SANTOS, N., LIMA, T. and SEGURADO, A. 2003. The right to love: The Desire for Parenthood among Men Living with HIV. In: *Reproductive Health Matters* 11(22): 91-100.

PAIVA, V., LIMA, T., SANTOS, N., FILIPE, E. e SEGURADO, A. 2002b. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com HIV. Em: *Psicología USP* 13(2): 105-133.

PALMER, C., LUSH, L. and ZWI, A. 1999. The emerging international policy agenda for reproductive health services conflict settings. In: *Soc Sci Med*. Dec. 49 (12): 1689-703.

PERLONGHER, N. 1988 *El fantasma del sida*. Buenos Aires, Puntosur editores.

PETRILLO, G. 1996 Profesionales de la salud y sida: representaciones sociales de la enfermedad, percepciones de riesgo de contagio y relaciones con los enfermos y las personas seropositivas En: (Autores Varios) *El desafío social del sida*. Madrid, Fundamentos.

PINTAGUY, J. 2001. Comunicación personal.

RAMOS, S., GOGNA, M., PETRACCI, M., ROMERO, M. y SZULIK, D. 2001. *Los médicos frente a la anticoncepción y el aborto ¿una transición ideológica?* Buenos Aires, CEDES.

RICHEY, L. 2003. HIV/AIDS in the Shadows of Reproductive Health Interventions. In: *Reproductive Health Matters* Vol. 11. Issue 22:30-35.

ROSTAGNOL, S. 2001. Encruzilhadas Estado – sociedade civil em Saúde Reprodutiva no Uruguay. Em: Oliveira, M. e Baltar da Rocha, M. (orgs.) *Saúde Reprodutiva na Esfera Pública e Política*. Campinas, SP: Editora da Unicamp / Nepo: 71-100.

SALLES, V. y TUIRÁN, R. 1996. El discurso de la salud reproductiva: ¿un nuevo dogma? En: FIGUEROA, J. y STERN, C. (eds.) *Sexualidad y salud reproductiva*. México: El Colegio de México,93-113.

SANTOS, N.; BUCHALLA, C.; FILLIPE, E.; BUGAMELLI, L.; GARCÍA, S. e PAIVA, V. 2002. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Em: *Revista Saúde Pública* 36 (4 Supl):12-23.

SCHMIDT, L., MUNSTER, K., HELM, P. 1995 Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. *Br J Obstet Gynaecol* Dec; 102 (12) : 978-84.

SECRETARÍA DE SALUD. 2002a *Egresos según diagnósticos más frecuentes y residencia habitual – Hospitales Generales de Agudos – Enero y marzo del 2002* Dirección General de Sistemas de Información, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

SECRETARÍA DE SALUD. 2002b. *Infosida 2- Publicación de la Coordinación Sida*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

SECRETARÍA DE SALUD. 2002c. *Recomendaciones para la prevención de la transmisión vertical del VIH, el tratamiento de la infección en mujeres embarazadas y el asesoramiento sobre procreación y anticoncepción en parejas seropositivas o serodiscordantes*. Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

SECRETARÍA DE SALUD. 2003. *Infosida 3- Publicación de la Coordinación Sida*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires.

SECRETARÍA DE SALUD. 2004a. *Éxitos médicos, desafíos humanos: reproducción y anticoncepción en personas que viven con VIH*. Coordinación Sida. Con la colaboración del CEDES. En prensa del GCBA, Buenos Aires.

SECRETARÍA DE SALUD. 2004b. Situación epidemiológica del VIH-sida en la Ciudad de Buenos Aires. *Infosida 4- Publicación de la Coordinación Sida*. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Buenos Aires: 4-17.

TANAKA, A., ALVARENGA, A. 1999. Tecnología e medicalização na concepção e anticoncepção. Em: Galvao, J. e Díaz, J. (orgs.) *Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil. Dilemas e desafios*. Sao Paulo: Editora Hucitec / Population Council: 198-208.

TERTO, V. 2003. *Estrategias de Prevención del VIH – sida para población HSH de bajos recursos*. Encuentro Taller organizado por la Coordinación SIDA- Sec. De Salud. GCBA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Buenos Aires, 10 y 11 de noviembre.

TESTA, M. 1989. *Pensamiento estratégico y lógica de programación (El caso de salud)*. Washington, Organización Panamericana de la Salud.

TESTA, M. 1993. *Pensar en salud*. Buenos Aires, Lugar Editorial.

TOMASEVSKI, K. 1991. El sida y los derechos humanos. *Aportes de la Ética y el Derecho al estudio del sida*. 215-222. Washington, OPS.

TUBERT, S. 1993. *Mujeres sin sombra. Maternidad y tecnología*. Madrid, Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.

TUNALA, I., PAIVA, V., VENTURA-FILIPPE, E., DANTOS, T., SANTOS, N. E HEARST, N. 2000. Factores psicossociais que dificultam a adesao das mulheres protadoras do HIV aos cuidados de saúde. Em: TEIXEIRA, P., PAIVA, V. E SHIMMA, E. (orgs) *Tá difícil de engolir? Experiencias de adesao ao tratamento anti-retroviral em Sao Paulo*. Sao Paulo: Nepaids, 83-114.

ULLOA, FERNANDO: “Efectos psicológicos de la represión”. Ponencia en las Jornadas sobre Represión Colectiva y Salud Mental, (Setiembre 1985). Revista “Territorios”, primer trimestre 1986. Buenos Aires, MSSM, pp. 8-10

WEEKS, J. 1998 *Sexualidad México*, Paidós.

WELLER, S. 1999. Sida y subjetividad: un estudio epidemiológico sobre jóvenes. En: Cahn, P.; Bloch, C. y Weller, S. *El sida en Argentina - Epidemiología, Subjetividad y Ética Social*. Buenos Aires, Arkhetypo: 98-204.

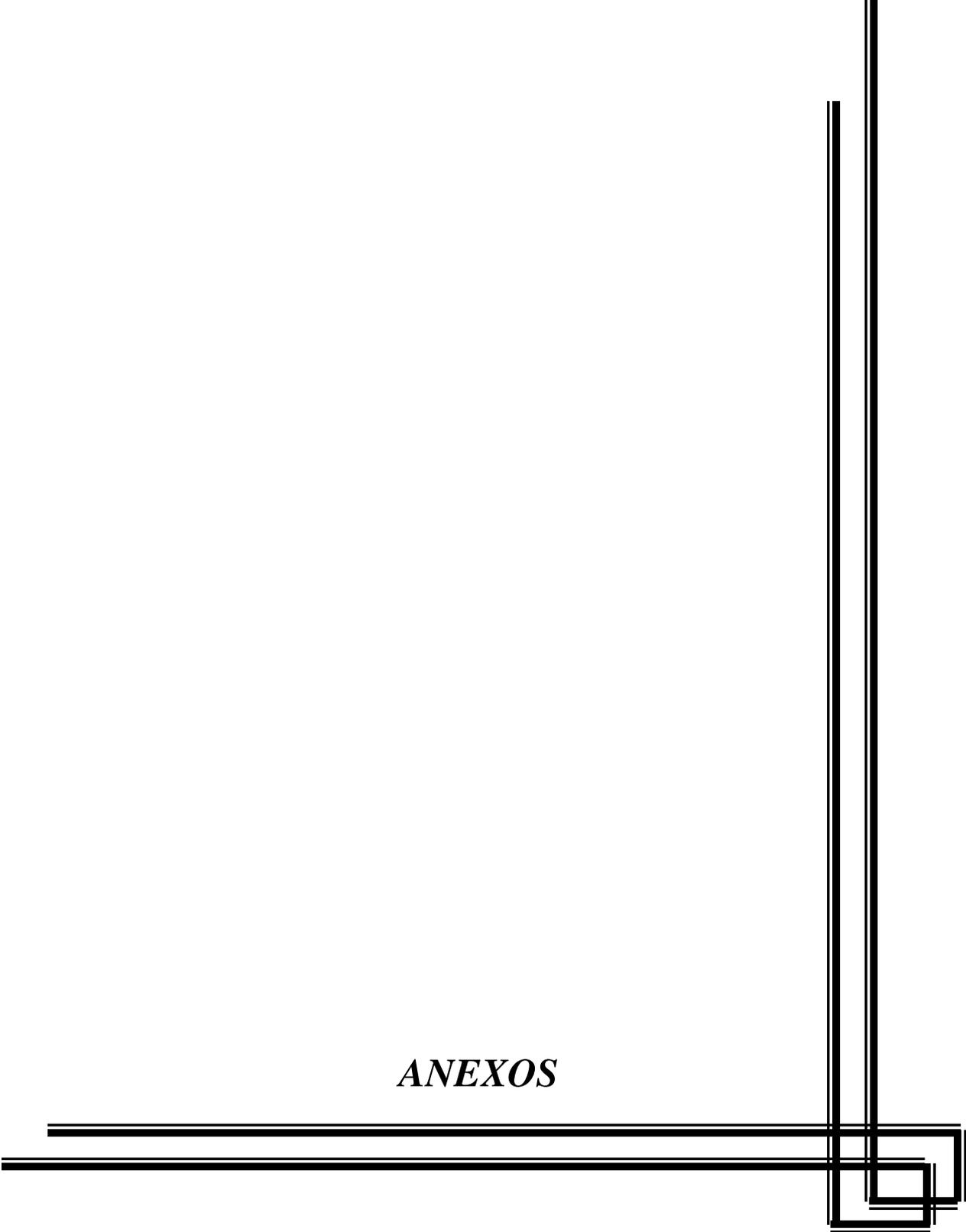
WELLER, S. 2003. Debate sobre o artigo de María Andrea Loyola Sexualidade e Medicina: a revolução do Século XX. En: *Cadernos de Saúde Pública – Reports in Public Health* Río de Janeiro, 19 (4)875: 899.

WELLER, S. 2003. Resultados de análisis de VIH no retirados: un “ruido” que debemos escuchar. *Infosida* 3: 50-53. Revista de la Coordinación Sida. Secretaría de Salud. Gobierno Ciudad de Buenos Aires

WELLER, S. RAVINDRAN, S., MOORMAN, J. and ALONSO, V. 2003. Revising public and private categories from the specificity of reproductive health - Reproductive health and sector reforms: public-private associations in Africa, Latin America and Asia. Paper prepared for the Initiative for Sexual and Reproductive Rights in Health Sector Reforms. WPH / CEDES / Independant Reserchers from India. (Mimeo) Buenos Aires, CEDES.

WULFF, M., HOGBERG, U., STENLUND, H. 1997 Infertility in an industrial setting – a population based study from Northern Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* Aug; 76 (7): 673-9.

*ANEXOS*



## ROTEIROS DAS ENTREVISTAS

### II.1. GUÍA DE ENTREVISTA PARA INTEGRANTES DE EQUIPOS DE SRPPR

#### INSTITUCIÓN:

Fecha: .....  
... / ... / ... Entrevistador: .....

#### 1. Caracterización del entrevistado:

- 1.1. Sexo: Varón  Mujer
- 1.3. Profesión: .....
- 1.4. Años de recibido: .....
- 1.5. Especialidad: .....
- 1.6. Antigüedad en la institución: .....
- 1.7. Cargo: .....
- 1.8. Antigüedad en PPR: .....
- 1.9. Horas semanales dedicadas a PPR: .....

#### 2. Caracterización del servicio y de la demanda

- 2.1. ¿Cómo está organizado el Programa? (días, horarios, organigrama, etc.)
- 2.2. ¿Con qué recursos cuentan? (instalaciones, personal, insumos)
- 2.3. ¿Han tenido dificultades con los insumos?
- 2.4. ¿Podría contarnos cuál es el perfil de las personas que vienen al Programa? (edades, sexo, origen migratorio, nivel socioeconómico y educativo, lugar de residencia)
- 2.5. ¿Cuántas consultas realizan aproximadamente por mes?

#### 3. Práctica y opiniones

- 3.1. ¿Cómo está organizada la atención? (turnos, sistema de trabajo)  
¿Qué actividades realizan habitualmente?
- 3.2. ¿Tienen alguna modalidad especial de trabajo?
- 3.3. ¿Qué temáticas se abordan habitualmente con las personas que consultan?
- 3.4. ¿Qué le interesa conocer de sus pacientes?
- 3.5. ¿Qué métodos (MAC) aconsejan?
- 3.6. ¿Piden alguna rutina para indicar estos métodos? (indagar motivos)  
En caso de pedir para HIV ¿Si es positivo? ¿cuál es el criterio que siguen?
- 3.7. ¿Tienen definidos algunos criterios para trabajar con distintos tipos de pacientes?  
Sugerir situaciones concretas: edades, sexos, nivel sociocultural, etc.
- 3.8. ¿Qué preocupaciones manifiestan los pacientes al venir? (en relación a la implementación de los MAC)
- 3.9. ¿y en relación al SIDA? (¿manifiestan alguna inquietud?)

#### 4. VIH/SIDA

- 3.10. ¿Incorporaron la temática del SIDA a su trabajo?
- 3.11. En caso afirmativo
  - ¿Cómo fue que comenzaron a trabajar este tema?
  - ¿De qué manera lo abordan? (luego: ¿y concretamente?)
  - ¿Nos podría contar la experiencia de trabajar anticoncepción y VIH/SIDA?

- 3.12. En caso negativo
- ¿Por qué no?
  - ¿Y en el caso de que surja la inquietud de las personas sobre este tema? (Indagar motivos)

**5. Anticoncepción en personas viviendo con VIH/SIDA**

- 3.13. ¿Se han acercado a consultar personas con VIH/SIDA?  
¿Actualmente tienen alguna bajo programa?
- 3.14. ¿Cómo lo abordan?
- 3.15. ¿Qué consideraciones tienen en cuenta en este tipo de consultas?  
(¿Hay alguna práctica diferencial en relación a otros consultantes?)
- 3.16. ¿Cuál es su posición en relación la anticoncepción en personas viviendo con VIH?

## II.2. GUÍA DE ENTREVISTA PARA INFECTOLOGOS/AS

### INSTITUCIÓN:

Fecha: .....  
... / ... / ... Entrevistadora: .....

### 2. Caracterización del entrevistado/a:

- 2.1. Sexo: Varón  Mujer
- 2.3. Profesión: .....
- 2.4. Años de recibido: .....
- 2.5. Especialidad: .....
- 2.6. Antigüedad en la institución: .....
- 2.7. Cargo: .....
- 2.8. Antigüedad en el servicio: .....

### 3. Caracterización del servicio y la demanda

- 3.17. ¿Cómo está organizado el Servicio? (días, horarios, organigrama, etc.)
- 3.18. ¿Con qué recursos cuentan? (instalaciones, personal, insumos)
- 3.19. ¿Han tenido dificultades con los insumos?
- 3.20. ¿Podría contarnos cuál es el perfil de las personas que vienen al Programa? (edad, sexo, origen migratorio, nivel socioeconómico, lugar de residencia, orientación sexual)
- 3.21. ¿Cuántas consultas realizan aproximadamente por mes?

### 4. Práctica y relación médico/a - paciente

- 4.1. ¿Cómo está organizada la atención? (turnos, sistema de trabajo)
- 4.2. ¿Qué temáticas se abordan habitualmente con las personas que consultan? (distinguir “primera vez” de otras consultas)
- 4.3. ¿Cuáles son las principales preocupaciones que las personas plantean en las consultas?
- 4.4. ¿Hay diferencias en las preocupaciones que manifiestan varones y mujeres?
- 4.5. ¿Qué le interesa conocer de sus pacientes?
- 4.6. ¿Qué le interesa decirle a sus paciente? (Indagar sobre aquellos temas que sí o sí plantea en la consulta)
- 4.7. ¿Se siente el referente de su paciente?

### 5. Sexualidad, métodos anticonceptivos y embarazo

- 5.1. ¿Cómo aparece el tema de la sexualidad en la consulta?
- 5.2. ¿Qué preocupaciones manifiestan los pacientes en torno al tema?
- 5.3. ¿Aconsejan sobre métodos anticonceptivos? ¿Cómo abordan el tema? (Indagar criterios al interior del servicio, trabajo con PPR o servicio de ginecología)
- 5.4. ¿Qué preocupaciones manifiestan los pacientes en relación al uso de los MAC?
- 5.5. ¿Tiene definidos criterios para trabajar con pacientes que desean quedar embarazadas/tener un hijo? ¿Qué se les aconseja?

## **6. Alternativas de trabajo**

6.1. Tanto en el caso de pacientes con vih que quieren un método anticonceptivo como de aquellas/os que quieran embarazarse, ¿cuál de las siguientes alternativas de trabajo prefiere?

- Resolución “local” de la demanda
- Centro de referencia

## II.3. GUÍA DE ENTREVISTA PARA OBSTETRA DE ALTO RIESGO

### INSTITUCIÓN:

Fecha: .....  
... / ... / ... Entrevistadora: .....

### 3. Caracterización del entrevistado:

- 3.1. Sexo: Varón  Mujer
- 3.3. Profesión: .....
- 3.4. Años de recibido: .....
- 3.5. Especialidad: .....
- 3.6. Antigüedad en la institución: .....
- 3.7. Cargo: .....
- 3.8. Antigüedad en el servicio: .....

### 4. Caracterización del servicio y de la demanda

- 6.1. ¿Cómo está organizado el servicio? (días, horarios, organigrama, etc.)
- 6.2. ¿Con qué recursos cuentan? (instalaciones, personal, insumos)
- 6.3. ¿Han tenido dificultades con los insumos?
- 6.4. ¿Podría contarnos cuál es el perfil de las personas que vienen al servicio? (edades, sexo, origen migratorio, nivel socioeconómico y educativo, lugar de residencia)
- 6.5. ¿Cuántas consultas realizan aproximadamente por mes?
- 6.6. ¿Cómo fue que comenzaron a trabajar este tema?

### 7. Consultas

- 7.1. ¿Cómo está organizada la atención? (turnos, sistema de trabajo)
- 7.2. ¿Qué temáticas se abordan habitualmente en la consulta prenatal?
- 7.3. ¿Qué le interesa conocer de sus pacientes?
- 7.4. ¿Qué le interesa decirle a sus pacientes?
- 7.5. ¿Cuáles son las preocupaciones centrales que manifiestan las pacientes? ¿Hay diferencias en lo que plantean hombres y mujeres?
- 7.6. ¿Cómo aparece el tema de la sexualidad en la consulta?

### 8. Embarazo

- 8.1. ¿Asisten las pacientes a cursos de psicoprofilaxis?

### 9. Parto

- 9.1. Prevención de la transmisión vertical (AZT, tipo de parto)

### 10. Post-parto

- 10.1. ¿Cuáles son las recomendaciones para estas pacientes luego del parto?
- 10.2. ¿Se indaga si quiere tener más hijos?
- 10.3. ¿Cuál es la recomendación en torno a este tema que se da a la mujer?
- 10.4. ¿Aconseja sobre métodos anticonceptivos? ¿Cómo abordan el tema?

## ***11. Alternativas de trabajo***

11.1. En el caso de pacientes que quieren un método anticonceptivo para evitar un nuevo embarazo ¿cuál de las siguientes alternativas de trabajo prefiere?

- Resolución “local” de la demanda (que la gente de planificación familiar sepa de AC y vih, por ejemplo).
- Centro de referencia

## II.4. GUÍA DE ENTREVISTA PARA PERSONAS VIVIENDO CON VIH

Fecha: ... / ... / ...

Entrevistador/a:

### **1. Caracterización sociodemográfica del entrevistado:**

- 1.1 Sexo: Varón  Mujer
- 1.2 Edad:
- 1.3 Lugar de residencia:
- 1.4 Máximo nivel de instrucción alcanzado:
- 1.5 Ocupación:
- 1.6 Composición familiar:

### **2. Historia reproductiva. (Primeras relaciones sexuales)**

Al momento de tus primeras relaciones sexuales, ¿te acordas qué conocías del tema? (indagar sobre miedos/preocupaciones, métodos anticonceptivos, embarazo, ets)

¿Con quién charlabas de estos temas? (indagar charlas con: familiares, maestros, agentes de salud)

¿Qué recuerdos tenes de lo que te dijeron?

¿Cuál fue su primer contacto con el servicio de salud en relación estos temas? (indagar visita al gineco, consulta por ets, por pedido de métodos anticonceptivos, por embarazo/parto)

¿En alguna de esas oportunidades recibiste información sobre VIH?

### **3. Diagnóstico VIH+**

¿En qué momento/ a raíz de que situación se te ocurrió hacerte un análisis de HIV?

¿Antes de hacerte el test de VIH tuviste una charla con algún profesional?

¿Recordas qué te dijeron?

¿Recordas cómo te enteraste del resultado? (Indagar quién se lo dijo, cómo se lo dijo, cómo se sintió tratada/o).

¿Recordas cuáles fueron los temas principales que charlaron con vos en ese momento?

¿Recordas cuáles fueron las recomendaciones/consejos que te dijeron en ese momento? (Indagar cómo se lo dijo, cómo se sintió tratada/o).

¿Ahora te atendes en el mismo lugar donde te hiciste el test?

### **4. Historia reproductiva. (Métodos anticonceptivos y embarazos)**

¿Usaste algún método anticonceptivo antes del diagnóstico de VIH+? ¿Cuáles?

¿Actualmente estas en pareja o tenes relaciones?

¿Se están cuidando? (indagar historia anticonceptiva post diagnóstico VIH+)

¿Están pensando en tener un hijo/a?

¿Charlaste estos temas (métodos anticonceptivos y/o deseos de tener un hijo/a) con el infectólogo, obstetra y/o algún otro profesional de los servicios de salud? (Indagar qué le dijeron, sentimientos)

¿Estuviste embarazada/tuviste un hijo/a después del diagnóstico?

¿Cuáles fueron las principales recomendaciones que le dieron los profesionales durante el embarazo?

¿Cuáles fueron las principales recomendaciones que le dieron los profesionales para el posparto? (lactancia, métodos anticonceptivos, otro embarazo)

Desde la Coordinación Sida estamos pensando en mejorar la forma en que se trabajaron hasta ahora en los hospitales de la Ciudad los temas que estuvimos charlando en esta entrevista. Por eso queremos saber, en base a tu experiencia como usuario del sistema de salud qué cambios harías para que las personas que están en tu situación puedan sentirse mejor a la hora de cuidarse, tener un hijo/a o usar métodos anticonceptivos