

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Bianca Silva de Pontes

Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos por usuárias gestantes de
uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2019

Bianca Silva de Pontes

Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos por usuárias gestantes de uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone Souza Monteiro.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Adriana Kelly Santos.

Rio de Janeiro

2019

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

P814c Pontes, Bianca Silva de.
Comunicação, AIDS e gênero: recepção de materiais educativos por usuárias gestantes de uma unidade da atenção básica no Rio de Janeiro / Bianca Silva de Pontes. -- 2019.
122 f. : il. color.

Orientadora: Simone Souza Monteiro.
Coorientadora: Adriana Kelly Santos.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2019.

1. Identidade de Gênero. 2. Serviços de Saúde. 3. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 4. Sífilis Congênita. 5. Gestantes. 6. Materiais Educativos e de Divulgação. I. Título.

CDD – 23.ed. – 614.5993098153

Bianca Silva de Pontes

Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos por usuárias gestantes de uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Saúde e Sociedade.

Aprovada em 28 de março de 2019.

Banca Examinadora

Prof.^a Dra. Claudia Bonan Jannotti

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira

Prof.^a Dra. Kathie Njaine

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Prof.^a Dra. Simone Souza Monteiro (Orientadora)

Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro

2019

Dedico este trabalho a minha família, meu eterno amor e gratidão;

E a todas as mulheres atendidas diariamente no SUS.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo fôlego de vida.

Às mulheres participantes do estudo, assim como às profissionais de saúde que me acolheram e possibilitaram as observações pré-campo, tão valiosas para a construção desta pesquisa.

A minha orientadora, professora Simone, pelo compromisso e olhar atencioso e criterioso com o trabalho. Obrigada pela dedicação, disponibilidade e constante apoio durante todo o percurso.

À professora Adriana Kelly, minha coorientadora, pela confiança, amizade e incentivo a seguir com o trabalho, que começou na Iniciação Científica e abriu novas portas de diálogo na caminhada acadêmica e da vida.

Às professoras da banca de qualificação, Claudia Bonan e Kathie Njaine, pelas sugestões e indicações. Junto a estas, aos professores das disciplinas ministradas durante o curso, pela atenção e empenho nas discussões sobre os temas de estudo e das diversas questões da Saúde Coletiva.

Aos colegas da subárea de Saúde e Sociedade, Jamille, Rosiane, Lívia, Matheus e Arthur, com quem dividi momentos de alegria, angústias, certezas e incertezas e que certamente foram fundamentais no processo de elaboração desta dissertação.

Aos funcionários da SECA/ENSP e da biblioteca, pelo auxílio em assuntos burocráticos do curso.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, pelo financiamento desta pesquisa, possibilitando sua elaboração.

A todos os amigos que me ouviram falar deste trabalho nos últimos dois anos, especialmente Bruna e Vinícius, que me ajudaram e tiraram dúvidas na formatação e revisão. Obrigada pela paciência e pelos ensinamentos.

Aos meus pais, meus irmãos e a toda minha família por sempre me apoiarem e incentivarem. Pelo carinho que têm comigo, me ajudando, cada um ao seu modo, durante toda a minha vida.

*O presente é tão grande, não nos afastemos.
Não nos afastemos muito, vamos de mãos dadas*
ANDRADE, 1973, p. 111.

RESUMO

As estratégias de comunicação desenvolvidas no campo das IST/Aids integram um conjunto de ações destinadas à prevenção dessas doenças. São veiculadas campanhas na mídia e distribuídos materiais educativos para os serviços de saúde e grupos populacionais. Diante do aumento de casos de Aids entre mulheres a partir dos anos 1990, foram desenvolvidos programas e ações preventivas para gestantes visando a prevenção à transmissão vertical do HIV. Frente à relevância dos materiais educativos nas ações de prevenção, este trabalho objetivou investigar a recepção de mensagens e produção de sentidos sobre prevenção das IST/Aids por gestantes atendidas no Sistema Único de Saúde. O estudo, de abordagem qualitativa, adotou diferentes técnicas de pesquisa, quais sejam: 1) análise dos elementos do contexto de produção e do dispositivo de enunciação de 14 peças comunicacionais sobre prevenção das IST/Aids destinadas às gestantes; 2) observações diretas de uma atividade educativa promovida em um serviço de saúde, do nível da Atenção Básica, situado na Zona Norte do município do Rio de Janeiro; 3) grupos focais com seis gestantes atendidas no serviço investigado, destinados à leitura dos 14 materiais educativos. A análise do dispositivo da enunciação e das condições de produção dos materiais demonstrou que o modo como o enunciador semantiza a sífilis e o HIV/Aids, e constrói sua própria imagem e a do destinatário, está atrelado às especificidades do momento histórico-político em que os discursos foram produzidos. A ideia da mãe-protetora, ancorada ao repertório linguístico do campo médico-sanitário, norteia a interação proposta nos materiais e alicerça as condutas previstas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV. Na interação das gestantes com os materiais educativos constatou-se que concepções prévias sobre o cuidado à saúde e as normas de gênero se constituem como uma rede de significações onde os sentidos sobre prevenção são construídos. O grupo sinalizou a falta da menção ao parceiro como agente conjunto no cuidado à saúde da criança e a massiva comunicação sobre a realização dos testes para sífilis e HIV durante a gestação, indicando a percepção sobre prevenção a partir do cuidado com a saúde do bebê. Os achados apontam para a necessidade do desenvolvimento de ações de comunicação que integrem as diferentes fases de vida das mulheres, assim como a atenção a fatores socioculturais, como as normas e concepções de gênero, que moldam a epidemia de HIV/Aids entre as mulheres e condicionam sua vulnerabilidade à infecção.

Palavras-chave: Gênero e Saúde. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Sífilis Congênita. Gestantes. Materiais educativos e de divulgação.

ABSTRACT

Communication strategies developed in the STI/AIDS' field are part of an actions set with focus in the prevention of these diseases. Besides the media campaigns, educational materials are distributed in the health services and for population groups. In view of the increase in AIDS cases among women since the 1990s programs and preventive actions have been developed for pregnant women to prevent vertical transmission of HIV. For the relevance of educational materials in prevention actions, this study aimed to investigate the reception of messages and production of senses on the STI/AIDS prevention by pregnant women treated in the Unified Health System, the Brazilian health public system. This qualitative study has adopted different research techniques, namely: 1) analysis of the elements of the production context and of the enunciation device of 14 STI/AIDS prevention's campaigns for pregnant women; 2) direct observations of an educational activity promoted in a health service, at the Primary Healthcare level, located in the Northern Zone of the Rio de Janeiro city; and 3) focus groups with six pregnant women attended at the same service who have interpreted the 14 educational materials. The analysis of the enunciation device and the production conditions of these materials showed that the way in which the enunciator semanticizes syphilis and HIV/AIDS, and builds his own image and that of the receiver, was linked to the specificities of the historical-political moment that the discourses were produced. The idea of the protective mother, anchored in to the linguistic repertoire of the medical-sanitary field, guides the interaction proposed in the materials and supports the actions planned to prevent the vertical transmission of syphilis and HIV. In the interaction of the pregnant women with educational materials, it was observed that previous conceptions about health care and gender norms constitute a mesh of meanings where the senses about prevention are constructed. The group signaled the lack of mention of the partner as an important agent in the child health care and the massive communication about the performance of the tests for syphilis and HIV during gestation, indicating the perception about prevention from the care of the baby's health. The findings point to the need to develop communication actions that integrate women's different life stages, as well as attention to sociocultural factors, such as gender norms and the conceptions that mold the HIV/AIDS epidemic among women and condition their vulnerability to the infection.

Keywords: Gender and Health. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Congenital syphilis. Pregnant women. Educational materials.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Materiais destinados às mulheres.....	41
Quadro 2 -	Materiais para discussão no Grupo Focal.....	44
Quadro 3 -	Elementos do contexto de produção.....	46
Figura 1 -	Veja aqui como garantir um futuro com saúde para você e seu filho.....	54
Figura 2 -	Proteger o seu bebê contra a aids é mais do que um dever. É um direito.....	55
Figura 3 -	Aids e sífilis na gravidez.....	57
Figura 4 -	Exija o teste para aids e sífilis no pré-natal. É um direito seu e do seu bebê.....	58
Figura 5 -	Sífilis na gravidez (capa e interior).....	59
Figura 6 -	Júlia fez o teste de sífilis logo no início do pré-natal. Fábio também.....	60
Figura 7 -	Sífilis congênita.....	64
Quadro 4 -	Perfil das gestantes participantes do estudo.....	71
Figura 8 -	Aids. Escolha sua forma de prevenção.....	80
Figura 9 -	Você tem que passar amor e carinho para ele. Não o vírus da Aids....	83

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA	Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CTA	Centro de Testagem e Acolhimento
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública
FAPEMIG	Fundação de Amparo à Pesquisa de Minas Gerais
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HBsAg	Exame para detecção da Hepatite B
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
ICICT	Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IOC	Instituto Oswaldo Cruz
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LEAS	Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PEP	Profilaxia Pós-Exposição
PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PrEP	Profilaxia Pré-Exposição
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/Aids
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/Aids
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL	16
2.1	Aids entre mulheres: dimensão epidemiológica e de gênero.....	16
2.2	Comunicação e saúde: o lugar dos materiais educativos sobre IST/Aids	25
2.3	Estudos de recepção: definição e contribuições para saúde	30
3	METODOLOGIA	34
3.1	Universo e local do estudo.....	34
3.2	Estratégias metodológicas	36
3.3	Seleção dos materiais educativos	41
4	PRODUÇÃO DE DISCURSOS SOBRE IST/AIDS: ANÁLISE DE MATERIAIS PARA GESTANTES	45
4.1	Elementos do contexto de produção.....	45
4.2	O dispositivo de enunciação.....	52
4.2.1	O enunciador e seu lugar de interlocução	52
4.2.2	O destinatário: mulher-gestante-mãe-protetora	53
4.2.3	Sífilis e HIV/Aids: significações e modos de comunicar	61
5	RECEPÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE IST/Aids	69
5.1	Gestantes e seus contextos.....	69
5.2	Educação em saúde nos serviços de saúde: espaços de informação e interação.....	71
5.3	Cuidado à saúde e prevenção das IST/Aids: o que pensam as gestantes?.....	75
5.4	Sífilis congênita e HIV/Aids: o que as gestantes almejam saber?.....	81
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	91
	APÊNDICE A – ROTEIRO DO GRUPO FOCAL	102
	APÊNDICE B – TCLE GESTANTES	104
	APÊNDICE C – TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE	107
	ANEXO A – MATERIAIS EDUCATIVOS	110
	ANEXO B- PARECER CEP/ENSP	114

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa investiga a recepção de mensagens e produção de sentidos sobre prevenção das IST/Aids por gestantes atendidas em um serviço da Atenção Básica de Saúde situado no município do Rio de Janeiro. Através da análise tanto da produção de materiais educativos sobre IST/Aids destinados às gestantes como da apropriação das mensagens por esse público, busca-se averiguar os sentidos que essas mulheres atribuem às questões relacionadas à saúde, risco e adoecimento e às normas de gênero. A análise da recepção dos sentidos das IST/Aids no contexto da Atenção Básica de Saúde pretende contribuir para o conhecimento das percepções de um grupo de gestantes, a quem são destinadas as ações de educação em saúde. Tendo em vista que a comunicação é um elemento que norteia essas práticas, o entendimento do processo de produção e apropriação dos discursos veiculados nos materiais educativos sobre IST/Aids pode auxiliar na elaboração das ações de prevenção nessa área.

Tal proposta se justifica tendo em vista que campanhas educativas em HIV e outras IST são apresentadas como exemplo de ações de intervenção comportamental, tendo, entre outros, o objetivo de informar a população sobre as situações de exposição ao HIV e estimular a adoção dos métodos de prevenção (BRASIL, 2017). Nesse sentido, cabe investigar os sentidos atribuídos pela população para a qual os discursos sobre IST/Aids estão presentes nos materiais produzidos.

A pesquisa é norteada pela perspectiva de que os sujeitos já dispõem de um “acervo pessoal e social de conhecimentos, de informações e de opiniões” e que não estão inertes no processo de recepção, mas “agem sobre as mensagens, atribuem sentido àquilo que ouvem e leem” (ARAÚJO, 2005, p. 26). Nesse sentido, o estudo sobre a recepção das mensagens sobre IST/Aids pode nos mostrar quais os sentidos atribuídos a essas mensagens, bem como revelar como essas mensagens são articuladas às concepções e percepções prévias de mulheres gestantes em relação ao cuidado à saúde e, em especial, à prevenção das IST/Aids.

A opção por refletir sobre o processo de comunicação no âmbito da educação em saúde está igualmente relacionada à minha inserção no projeto de pesquisa *Materiais Educativos sobre DST/AIDS: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas vigentes neste campo*, sob coordenação da professora Adriana Kelly Santos (LEAS/IOC/Fiocruz), como bolsista de iniciação científica (PIBIC/Fiocruz). O trabalho ocorreu entre os anos de 2013 e 2016, durante a graduação em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Estar inserida em um projeto de pesquisa na Comunicação e Saúde me permitiu pensar em questões do campo da Saúde Coletiva para além das disciplinas cursadas na graduação. Pude problematizar a comunicação como um elemento constitutivo de todas as relações sociais, entre as quais as práticas de saúde, e conhecer como a comunicação opera no campo da saúde coletiva, produzindo e legitimando saberes referentes ao cuidado em saúde dos indivíduos.

Durante os três anos em que participei do projeto, tive contato com trabalhos que tratam de análise de materiais educativos no contexto da saúde, como Kelly-Santos (2009), Araújo (2006), Monteiro e Vargas (2006) e Pitta (1998). A partir dessa literatura, junto com a equipe do projeto, participei da definição das categorias para a classificação dos materiais educativos sobre IST/Aids. No procedimento adotado, foi empreendida a classificação descritiva (formato, instituição produtora, estado, ano) e temática, caracterizada pela definição do termo geral (assunto principal. Exemplo: prevenção), do termo específico (termo qualificador do assunto principal. Exemplo: uso do preservativo) e detalhamento do termo específico (exemplo: preservativo feminino) (MONTEIRO; VARGAS, 2006; KELLY-SANTOS, 2010). Ademais, contribuí para a criação do banco eletrônico e inserção dos materiais neste banco, que resultou no *Acervo de materiais educativos sobre DST/AIDS*, hospedado na plataforma do ICICT/Fiocruz.

O Acervo eletrônico possui cerca de 500 materiais educativos. Deste conjunto, no que se refere ao formato, identifica-se o predomínio de panfletos, folhetos, cartazes, cartilhas, ventarolas, adesivos, cartões e marcadores de página. Quanto à instituição promotora, os materiais foram produzidos por entidades governamentais, como o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Observa-se a presença, ainda que em menor número, de materiais produzidos por organizações da sociedade civil que atuam na área das IST/Aids e instituições privadas. Os referidos materiais são destinados a diferentes públicos¹, tais como: adolescentes, mulheres, gestantes, homens, população LGBT, profissionais da saúde, profissionais do sexo, pessoas vivendo com HIV/Aids, usuários de drogas, população geral, entre outros.

A análise temática dos materiais possibilitou conhecer a pluralidade de temas que são abordados na comunicação sobre as IST/Aids e de públicos para os quais as mensagens são destinadas. No que diz respeito aos temas, a prevenção é um dos discursos que prevalece na

¹ Para a definição do público, adotou-se como procedimento de análise a identificação de enunciados presentes nos textos (enunciados, título, palavras, frases) e nas imagens (ilustrações, fotos, desenhos) dos materiais, associadas às características que expressem o universo de referência do público.

abordagem; em geral, a referência ao uso do preservativo nas relações sexuais é a forma de prevenção às IST/Aids mais citada.

A partir da inserção no referido projeto, tive a oportunidade de participar da análise de como os discursos veiculados nos materiais disseminam diferentes práticas de cuidado à saúde, apresentadas de forma breve a seguir. O discurso biomédico, por exemplo, atribui ao indivíduo a responsabilidade por esse cuidado, desconsiderando, muitas vezes, variáveis socioculturais que podem se constituir como barreiras nesse processo. Na análise empreendida, identificamos o uso do verbo no modo imperativo na veiculação das mensagens, como mostra os enunciados: “Proteja-se”, “Previna-se”, “Cuide-se”, revelando a intencionalidade de construir nos indivíduos determinadas práticas de cuidado à saúde através de mensagens veiculadas em dispositivos como os materiais educativos. Neste caso, são estabelecidos regras e comportamentos individuais e coletivos referentes à sexualidade, como o uso do preservativo em todas as relações sexuais, a realização do teste anti-HIV, o diálogo com o parceiro sobre a importância da prevenção, que se caracterizam como “práticas seguras” frente à possibilidade de infecção pelas IST/Aids.

Os materiais destinados às mulheres gestantes me chamaram atenção pela forma como abordavam o cuidado à saúde do bebê. Em especial, um dos primeiros materiais com que tive contato foi o cartaz “Você tem que passar amor e carinho para ele, não o vírus da AIDS”. Esse cartaz me despertou interesse pela ênfase na transmissão do “vírus da AIDS” como algo contrário ao que a mulher gestante deve passar para o seu bebê: amor e carinho. Os enunciados das mensagens propostas no material parecem atribuir à mulher a culpabilização pela transmissão vertical do HIV. Transmitir o vírus seria o oposto do dever de uma mãe: zelar pela boa saúde do bebê. A partir disso, a responsabilidade pela prevenção da infecção pelo HIV em crianças parece ser atribuída, no material, exclusivamente à mulher. O papel do parceiro, ou dos serviços de saúde, na prevenção da transmissão vertical, não é mencionado no material.

Tal situação me levou a indagar se essa atribuição exclusivamente à mulher pela prevenção da transmissão vertical das IST/Aids era recorrente nos demais materiais destinados às mulheres gestantes. Com o propósito de avançar na análise dos materiais do banco eletrônico, optei por desenvolver na monografia de conclusão do curso de Saúde Coletiva da UFRJ uma discussão sobre os temas tratados nos materiais dirigidos às mulheres, em geral, e às gestantes, em particular. O estudo foi orientado pela Professora Fernanda Alzuir (IESC/UFRJ) e teve o objetivo de examinar como as representações sociais de gênero e saúde se expressam nos materiais educativos sobre a prevenção das IST/Aids voltados para mulheres. Partindo da definição de gênero como “[...] elemento constitutivo de relações sociais baseado

nas diferenças percebidas entre os sexos [...] uma primeira forma de significar as relações de poder” (SCOTT, 1995, p. 21), refleti sobre como as concepções de gênero são expressas nos materiais educativos destinados às mulheres e como essa concepção se reflete nos cuidados em saúde abordados nesses materiais.

Esta análise me permitiu identificar como a saúde da mulher, nas mensagens dos materiais, é perpassada pelas concepções de gênero, construídas histórica e culturalmente em nossa sociedade. A imagem da mulher como aquela que cuida e que tem este cuidado como dom natural é evidente nos materiais destinados às gestantes. Contudo, os materiais destinados às mulheres em geral abordam temas para além dos cuidados com a saúde reprodutiva e a saúde do bebê, os quais especificarei mais adiante; e sinalizam, assim, avanços no que se refere ao cuidado integral à saúde da mulher.

A presente dissertação tem a intenção de aprofundar as reflexões sobre as interfaces entre comunicação, Aids e gênero. Nesse sentido, objetiva-se investigar os discursos presentes em materiais educativos sobre IST/Aids para gestantes, bem como analisar as interpretações e significações de um grupo de gestantes atendidas em um serviço da Atenção Básica, no município do Rio de Janeiro, sobre os sentidos propostos nas mensagens desses materiais. Tal enfoque parte do princípio de que a recepção das mensagens veiculadas nos materiais educativos por mulheres gestantes possibilita identificar as representações sobre saúde, risco e adoecimento e os papéis e normas de gênero.

O estudo parte da hipótese de que a naturalização do papel da mulher como destinada à maternidade é um elemento que organiza as ações de prevenção das IST/Aids voltadas para esse grupo. Desta forma, busco responder as seguintes perguntas: O que as gestantes sabem sobre prevenção do HIV/Aids? Que ações de prevenção ao HIV/Aids elas conhecem? Quais as visões das gestantes sobre papéis e normas de gênero, saúde, risco e adoecimento? A construção social da mulher como mãe e seu papel na sociedade como destinada à maternidade e ao cuidado com os filhos é problematizada pelas gestantes a partir da leitura dos materiais?

O trabalho foi estruturado do seguinte modo. Na seção sobre o referencial teórico, são contextualizados os aspectos epidemiológicos e as diretrizes das políticas e ações de prevenção do HIV entre mulheres, no âmbito nacional. Paulatinamente, são expostos os aspectos conceituais dos estudos sobre gênero e saúde, no que tange à relação entre os padrões tradicionais de gênero e a vulnerabilidade ao HIV na população feminina. Na sequência, é definido o conceito de comunicação adotado nesse estudo, e são apontados os elementos da interface comunicação e saúde, tais como: a lógica que permeia as ações de comunicação no escopo das instituições de saúde, inclusive no que se refere ao uso de materiais educativos nas

ações de prevenção às IST/Aids; e as contribuições dos estudos de recepção no campo da saúde. Por último, são descritos os objetivos, a abordagem metodológica, os métodos e o universo do estudo, bem como os resultados e as considerações finais sobre os principais achados e contribuições da dissertação.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

2.1 Aids entre mulheres: dimensão epidemiológica e de gênero

Historicamente, o início da epidemia de HIV/Aids nos anos 1980 nos EUA foi marcado pela culpabilização dos indivíduos acometidos pelo HIV. Os chamados *grupos de risco*, os 4H's: homossexuais, hemofílicos, haitianos e usuários de heroína, foram assim denominados pelo fato de os primeiros casos de Aids serem identificados entre esses grupos nos EUA e pelo desconhecimento das formas de transmissão do vírus. A partir do conhecimento das formas de transmissão, a infecção pelo HIV foi então atribuída a *comportamentos de risco*, onde práticas sexuais e estilos de vida foram atrelados à chance de infecção pelo HIV/Aids (BASTOS, 2006). Estar infectado pelo HIV passa, então, a representar um forte estigma e preconceito, condição resultante de comportamentos que se desviavam das condutas moralmente aceitas. Assim, o início da epidemia de HIV/Aids nos EUA é marcado pela significação da Aids como decorrente de um comportamento desviante da norma, como resultado de escolhas individuais que colocavam a pessoa sob o risco de infecção.

No Brasil, a Aids passa a ser enfrentada como um problema de saúde pública a partir de 1985, com a criação do Programa Nacional de Aids. O aumento do número de casos e a pressão social por respostas do Estado impulsionaram a criação do programa, que em 2009 tornou-se um departamento da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Em 1996, a oferta da terapia antirretroviral pela rede pública de saúde foi um marco para as políticas nacionais de prevenção às IST/Aids. Fatores como o reconhecimento da gravidade epidemiológica da doença e da urgência de respostas governamentais, assim como o importante papel exercido pelos movimentos sociais na luta contra a epidemia e a existência de um sistema universal de saúde, contribuíram para o alcance da assistência e tratamento como direito para as pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA) (MARQUES, 2003; NEMES; SCHEFFER, 2016).

Diante dos objetivos do projeto, cabe descrever, brevemente, os principais aspectos relativos aos casos de Aids entre mulheres após quase 40 anos do surgimento da epidemia. Os primeiros casos de HIV entre mulheres e crianças surgiram na década de 1980, sendo que em 1985, a razão de sexos era de 22,1 casos entre os homens para cada 1 caso entre as mulheres. Na atualidade, de acordo com dados do Boletim Epidemiológico de AIDS (BRASIL, 2017),

em 2016 a taxa de detecção (/100.000 habitantes) de casos de Aids entre mulheres no Brasil foi de 11,6² e a razão de sexos decresceu significativamente, chegando a 2,2.

Em termos de políticas específicas, o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST buscou a articulação entre diferentes setores e a sociedade civil, tendo “como elemento fundamental o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2007, p. 7). A proposta do Plano representa um avanço em relação ao exercício dos direitos sexuais e reprodutivos pelas mulheres ao abordar os diferentes contextos de vulnerabilidade da população feminina à infecção pelo HIV. Aspectos relacionados à desigualdade de gênero são citados, como o enfoque da saúde da mulher na atenção à saúde reprodutiva e barreiras no uso do preservativo resultantes de padrões culturais e religiosos, entre outros. Apesar de alguns avanços, a sua implementação foi restrita. O atual foco na prevenção da transmissão vertical, descrito a seguir, em detrimento de outras ações associadas às condições de vulnerabilidade das mulheres ao HIV, ilustra a limitação do alcance do Plano³.

O aumento do número de casos de HIV/Aids entre as mulheres trouxe uma preocupação no que se refere à transmissão vertical do HIV. Estudos demonstraram que o vírus pode ser transmitido da mãe para o bebê durante a gestação, parto ou puerpério: 35% dos casos ocorrem durante a gestação, 65% durante o parto, e, durante a amamentação, há um risco entre 7% e 22% de transmissão do vírus para o bebê. A partir dos avanços nos medicamentos, constatou-se que o uso de tratamento antirretroviral durante a gestação poderia reduzir para níveis entre 1% e 2% as chances de transmissão vertical do HIV. Tais evidências motivaram ações e campanhas de saúde do Estado, visando a testagem para o HIV durante o pré-natal.

O Projeto Nascer foi criado em 2003 tendo em vista a melhoria da assistência perinatal e a redução das taxas de transmissão vertical do HIV e sífilis por meio da oferta da testagem no momento do parto. Entre as ações do projeto estava a capacitação de profissionais para atuarem no acolhimento e aconselhamento a gestantes com diagnóstico positivo para HIV/Aids (BRASIL, 2003). Segundo o atual Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, sífilis e hepatites virais:

² Dados do Boletim Epidemiológico de HIV/Aids mostram que, em 2016, a prevalência de casos de HIV entre mulheres profissionais do sexo foi de 5,3% (BRASIL, 2017).

³ Rocha *et. al.*, (2013) apontam as limitações na implementação de políticas que considerem a integralidade no cuidado à saúde da mulher. Argumentam que a demografia orientou “políticas natalistas ou controlistas, focalizando a saúde das mulheres na reprodução” (p. 130), tornando a saúde reprodutiva a principal via de acesso das mulheres à assistência em saúde.

A gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical. No momento da testagem, faz-se necessário um ambiente de confiança e respeito, que favoreça o vínculo e a avaliação de vulnerabilidades, permitindo a atenção resolutiva e a articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência (BRASIL, 2017, p.75).

Embora seja valorizado no Protocolo o diálogo sobre as condições de vulnerabilidade, o momento da testagem para as IST/Aids durante o pré-natal é pouco trabalhado como uma oportunidade para o estabelecimento de um vínculo entre a mulher e o serviço de saúde, para avaliação das especificidades de cada gestante que possam condicionar sua vulnerabilidade ao HIV e outras IST. Uma abordagem que considere os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a promoção da atenção integral à saúde e a livre escolha no que se refere à realização ou não da testagem, ainda é precária no acolhimento das mulheres gestantes. O que se vê no cotidiano das práticas em saúde são ações voltadas apenas para a prevenção da transmissão do vírus para o bebê, conforme indicam estudos sobre as relações entre os serviços e profissionais de saúde e as demandas reprodutivas de mulheres, a partir do diagnóstico positivo para o HIV, desenvolvidas em São Paulo (SANTOS *et al.*, 2009) e Porto Alegre (KNAUTH, 2002). Os achados assinalam que prevalece o discurso médico sobre a conduta durante o pré-natal, parto e puerpério em relação às expectativas e desejos dessas mulheres.

Os significados atribuídos pelas gestantes à testagem pré-natal são discutidos em outro estudo realizado numa maternidade do município do Rio de Janeiro (SILVA *et al.*, 2008). Os autores abordam como a construção social do papel da mulher como mãe contribui para a atribuição de uma responsabilidade pelo cuidado com a saúde do bebê. Esse papel é evocado pelas equipes de saúde, com o objetivo de sensibilizar a gestante para a adesão à testagem. A mulher passa a ser responsável pela boa saúde do bebê para afirmar seu lugar na sociedade como mulher e mãe. Experiências de gestantes vivendo com HIV/Aids são abordadas por Monteiro *et al.* (2016) em serviços de saúde, também localizados no Rio de Janeiro. Grande parte das entrevistadas relatou ter conhecimento do diagnóstico positivo para o HIV na gravidez ou parto, demonstrando a baixa adesão à testagem fora do contexto da gestação.

Assim, durante a gestação, é atribuída à mulher a tarefa de zelar pela saúde do bebê através, por exemplo, do conhecimento de seu *status* sorológico em relação ao HIV e da realização do tratamento adequado. Cabe ressaltar que prevalece apenas a oferta do teste no pré-natal, por vezes de forma impositiva. Faltam ações de promoção da saúde e sobre os direitos sexuais e reprodutivos, capazes de oferecer aos indivíduos os meios e instrumentos para que eles possam decidir livremente e de forma autônoma sobre o cuidado com sua saúde e

a prevenção de doenças como as IST/Aids. A Promoção da Saúde visa capacitar os indivíduos a serem sujeitos participantes no processo de decisão e a atuarem em relação aos cuidados de sua saúde e à prevenção de doenças e agravos, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), marcado pela democratização e participação social em todas as esferas de atuação do sistema.

Nesta direção, vale lembrar que a Carta de Ottawa e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorreu em 1988, representam marcos importantes na atenção à saúde da população, caracterizada até então pela individualização e culpabilização dos indivíduos pelo seu estado de saúde. A partir desse cenário e intencionando a melhoria nas ações desenvolvidas pelo setor saúde, a Promoção da Saúde é definida como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo” (OTTAWA, 1986).

O exercício dos direitos sexuais e reprodutivos é um elemento importante para o alcance da participação dos indivíduos no que se refere às decisões sobre sua saúde. Contudo, no contexto da epidemia de HIV/Aids, estudos anteriores já demonstravam a pouca ênfase nesses direitos nas ações de prevenção e diagnóstico. Barbosa (1996) refere que a imagem cultural da sexualidade feminina como ligada ao amor, à passividade e fidelidade contribuiu para conferir à mulher uma suposta ideia de proteção em relação à Aids. Mulheres que vivem em relacionamentos heterossexuais considerados estáveis são vistas como distantes da possibilidade de se infectar pelo HIV. A ideia do parceiro “conhecido” é um fator presente na adoção ou não dos métodos de prevenção, configurando uma abordagem distinta em relação às mulheres profissionais do sexo.

Corrêa e Petchesky (1996) abordam que é necessário se construir uma “base” para os direitos sexuais e reprodutivos, onde todas as mulheres tenham acesso aos direitos sociais básicos como serviços de saúde, transporte, emprego, educação e renda. Os direitos sexuais e reprodutivos estariam então intimamente ligados aos direitos sociais: “Direitos envolvem não somente liberdades pessoais [...], mas igualmente obrigações sociais (domínio em que uma ação pública efetiva é necessária para garantir que os direitos serão exercidos por todos e todas)” (p. 159).

Políticas atuais de Aids

Frente aos avanços biomédicos no tratamento do HIV, o atual foco das políticas globais e nacional de prevenção ao HIV/Aids tem sido a ampliação do acesso à testagem, com o propósito de identificar precocemente os indivíduos infectados e encaminhá-los ao tratamento.

Tal enfoque tem por base os efeitos do tratamento antirretroviral na redução da carga viral. Assim, por meio da meta 90. 90. 90 – 90% dos indivíduos infectados com HIV diagnosticados; 90% destes encaminhados ao tratamento; e destes, 90% com a carga viral suprimida – almeja-se até 2030 reduzir a circulação do HIV, romper a cadeia de transmissão e controlar a epidemia (UNAIDS, 2010; BRASIL, 2017).

Apesar dos importantes benefícios do acesso ao teste e ao tratamento, para a qualidade de vida das pessoas infectadas e para a prevenção do HIV, as condições de vulnerabilidade ao vírus da Aids, associadas às desigualdades de gênero, classe e raça, têm tido pouca atenção nas atuais políticas de enfrentamento da epidemia. Chama igualmente a atenção a retomada do discurso de risco na denominação de grupos como *populações-chave* – gays e homens que fazem sexo com homens; transexuais; usuários de drogas; profissionais do sexo e pessoas privadas de liberdade – em detrimento da concepção de populações vulneráveis.

Dito de outro modo, análises no campo das ciências sociais tem salientado que os esforços centrados nas respostas biomédicas têm tornado as respostas sociais ao HIV/Aids cada vez mais reduzidas. As condições sociais, econômicas e políticas, que configuram contextos de vulnerabilidade à infecção pelo HIV para qualquer indivíduo, e não somente para as populações-chave, devem ser observadas nas ações de prevenção e de uma resposta efetiva à epidemia de Aids. O foco no indivíduo e a responsabilização pela realização da testagem, sem considerar os determinantes sociais que podem fazer com que o mesmo enfrente barreiras na prevenção às IST/Aids, podem gerar situações que ferem a autonomia dos indivíduos em relação às decisões sobre sua saúde. Além disso, fomenta a discriminação de determinados grupos vistos como mais vulneráveis à infecção pelas IST/Aids (PARKER, 2015).

Em relação à epidemia de HIV/Aids entre mulheres, existem situações de vulnerabilidade que podem se configurar como barreiras para a prevenção e o acesso à testagem e ao tratamento, como as desigualdades sociais e de gênero e a histórica associação entre a infecção do HIV e à prática de prostituição. Tal associação, além de concorrer para o imaginário da Aids como resultante de comportamentos desviantes, contribui para que outras mulheres não se reconheçam como passíveis de infecção (MONTEIRO *et al.*, 2016). Tais aspectos não são contemplados nas políticas atuais, focalizadas na testagem e tratamento durante o pré-natal, visando o cuidado com a saúde da criança. Apesar de sua importância para a prevenção da transmissão vertical, tal enfoque igualmente não contempla a abordagem dos direitos sexuais e reprodutivos.

Vale destacar ainda que, atualmente, o Ministério da Saúde recomenda que o teste para sífilis e HIV seja realizado na primeira consulta pré-natal; no início do terceiro trimestre; na

admissão para o parto; e para os casos de exposição à violência sexual, visando um monitoramento do estado sorológico durante toda a gestação (BRASIL, 2017). O aumento do número de casos de sífilis em gestantes no Brasil nos últimos cinco anos gerou uma intensificação das ações de prevenção e controle da sífilis e do HIV pelos serviços de saúde, buscando atingir indicadores de impacto da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e da Organização Mundial da Saúde (OMS) propostos para América Latina e Caribe (BRASIL, 2017). Contudo, se não alinhadas com a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, as recomendações propostas podem ser insuficientes no enfrentamento das IST. As diferentes demandas de mulheres, durante o pré-natal e após este, devem ser consideradas para além da prevenção da transmissão vertical, como situações de vida que muitas vezes levam estas mulheres à reinfecção.

A invisibilidade da mulher nas ações de prevenção ao HIV/Aids pode aumentar as situações de vulnerabilidade entre esse grupo, visto que elas não se sentem sob risco de infecção e, assim, podem não fazer uso dos meios de prevenção. A seguir serão destacados os aspectos históricos e culturais que contribuíram para a construção da ideia da mulher que tem como destino natural a maternidade e a manutenção do lar.

Relações entre padrões tradicionais de gênero e vulnerabilidade ao HIV

A atribuição do papel de cuidadora à mulher pode ser estudada como fruto da divisão sexual do trabalho, que historicamente opera através do determinismo biológico⁴ para fundamentar e naturalizar as desigualdades de gênero. Essa divisão se dá a partir do século XVIII, onde há uma busca pela afirmação da diferença entre os sexos através das representações médicas do corpo masculino e do corpo feminino:

O corpo masculino é quase sempre descrito como superior em relação ao feminino. Além disso, insiste-se na ideia de que as características femininas refletiriam a missão passiva que a natureza reservara à mulher, além de uma predestinação à maternidade. O corpo feminino seria moldado para a gestação e para o nascimento, o que parecia evidente quando se observava sua bacia larga e curva. Dentre os temas mais tratados pelos médicos, estavam a natureza do útero e dos ovários, a virgindade e a puberdade. (ROHDEN, 2001, p. 29).

Essa afirmação da diferença entre os sexos buscava justificar a ordem social estabelecida, onde a mulher teria como função primordial o exercício da maternidade. A

⁴ Trata-se de uma construção surgida a partir da necessidade de justificar as formas de organização das relações sociais pela atribuição de uma suposta ordem natural inerente ao corpo do indivíduo, onde variáveis biológicas como genes e hormônios são vistas como únicos determinantes da organização da sociedade, desconsiderando sua interação com os aspectos históricos ou culturais (SCHIEBINGER, 2001).

filósofa Elisabeth Badinter em *Um amor conquistado: O mito do amor materno*, publicado em 1985, trata da construção histórica e cultural da “boa mãe”. Revisitando obras de médicos, pensadores como Rousseau, diários de famílias, ela mostra como o amor da mãe pelo bebê, dado como natural e universal nos dias de hoje, nem sempre teve esse aspecto na sociedade e, particularmente, para as mulheres. O lugar da criança na família, assim como o lugar da mulher e do homem, tem profunda relação com os papéis que esses desempenham na sociedade. O valor atribuído à criança, a sua saúde, educação e proteção, se dá a partir de um contexto econômico e político onde a criança passa a ser vista como essencial para o desenvolvimento de um Estado-nação. A boa saúde da criança é então objeto de interesse do Estado, pois dela se constituirá a força da nação. A partir dessa concepção, é feito um esforço para atribuir à mulher o dever de zelar pela saúde dos filhos, onde este é apresentado como um comportamento decorrente do seu estado “natural” de mulher. Assim, são criadas regras e comportamentos que a mulher deve observar desde o descobrimento do estado de gravidez. Cuidados como alimentação e higiene de seu corpo devem perdurar até o desmame.

Segundo Badinter (1985), as mulheres passam a ocupar um lugar de "responsáveis pela nação" (p. 181), no qual a sociedade as reconduz ao lugar de mãe e esposa e lhes atribui tarefas decorrentes deste lugar. A autora mostra como, segundo alguns médicos do século XVIII, o fato de a mulher ser dotada de razão e vontade fazia com que ela se distanciasse do seu instinto natural de fêmea: o amor pela prole. “Boas reprodutoras, sem curiosidade nem ambições, era o que lhes convinha. Uma vez que a razão corre o risco de ser corrompida pelos preconceitos, mais vale que a das mulheres continue adormecida!” (BADINTER, 1985, p. 188). A partir da ideia desse instinto natural, todo e qualquer evento na vida da criança passa a ser visto como objeto de atenção da mãe:

A vigilância materna estende-se de maneira ilimitada. Não há hora do dia ou da noite em que a mãe não cuide carinhosamente de seu filho. Quer esteja em boa saúde ou doente, ela deve permanecer vigilante. Se adormece estando o filho enfermo, eis que se sente culpada do maior dos crimes maternos: a negligência" (BADINTER, 1985, p. 211).

A partir do século XIX, a medicina foi então responsável por diferenciar física, moral e psicologicamente homens e mulheres. A entrada das mulheres no mercado de trabalho e as possíveis mudanças nas relações de gênero despertam o interesse da ciência em “descobrir” e legitimar as verdades da natureza. Ou seja, os papéis que homens e mulheres desempenham no meio social seriam fruto da natureza de seus corpos e não uma construção histórica e social. Há então, um esforço da medicina em atribuir a função de reprodutora à mulher como seu

destino natural, estabelecendo uma ordem no espaço social: “Para a medicina da época, a natureza já tinha estabelecido a divisão e a ordem que a sociedade deveria reproduzir e da qual não se podia, ou não se queria, escapar” (ROHDEN, 2004, p. 195). No Brasil, o cuidado à saúde do bebê pela mãe foi construído a partir da necessidade de produção de novos corpos saudáveis e disciplinados. O modelo da *mulher higiênica* tinha, entre seus objetivos, o incentivo à amamentação e ao cuidado com a criança desempenhado pela mulher-mãe desde a gestação até a infância (COSTA, 1999).

O papel da mulher como mãe é então construído e passa a ser valorizado como parte do universo feminino (HEILBORN, 2006). No cotidiano do cuidado à saúde da mulher, a saúde reprodutiva é um dos principais fatores que demanda atenção das equipes de saúde, não se encontrando referente no cuidado à saúde do homem: “De um lado, a mulher é tratada no discurso médico como eminentemente presa à função sexual/reprodutiva, diferentemente do homem. De outro lado, quando se fala em reprodução, quase que maciçamente se evoca a mulher e raras vezes do homem” (ROHDEN, 2004, p. 186).

É interessante observar como ainda é utilizada uma abordagem culpabilizante da mãe em relação aos cuidados com a saúde do bebê. O sentimento de culpa recai sobre aquelas que não conseguem se dedicar aos filhos da maneira que lhes é imposto pela sociedade para que sejam consideradas “boas mães”. Consideradas responsáveis pela saúde do bebê que carregam, as mulheres se veem em situações em que suas vontades são desconsideradas em favor do dever de mãe que lhes é atribuído: zelar pela saúde do seu bebê. Chama atenção o fato de que, até mesmo para as mulheres que não passam pela experiência da maternidade, o “instinto materno” lhes é atribuído, fazendo com que elas sejam vistas como aquelas que cuidam dos que estão à sua volta. Ainda que essas escolhas restrinjam sua liberdade e os seus direitos, o instinto, como algo ligado à natureza, é o que deve prevalecer.

As lutas e reivindicações do movimento feminista no final do século XX contribuíram para a dissociação da imagem da mulher como vinculada estritamente à reprodução. Ao elucidar as desigualdades de gênero presentes na ordem social vigente e estabelecer críticas aos significados atribuídos à sexualidade e à reprodução, os movimentos de mulheres trouxeram visibilidade para a discussão sobre direitos sexuais e reprodutivos. No cenário internacional, as Conferências de Cairo (1994) e Pequim (1995) representaram um importante avanço na afirmação dos direitos sexuais e reprodutivos como parte dos direitos humanos. O termo “direitos sexuais” foi incluído no texto da Conferência de Cairo, tendo mais visibilidade que o modelo demográfico e biomédico na discussão sobre população e desenvolvimento. A

promoção da igualdade entre os gêneros também ganha espaço como fator a ser observado na formulação de políticas de atenção à saúde da mulher (CORRÊA; PETCHESKY, 1996).

No âmbito nacional, a criação de programas como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), na década de 1980, é um dos marcos na trajetória dos direitos sexuais e reprodutivos no Brasil. O programa procurava atender às diferentes demandas da saúde da mulher além dos cuidados relativos à saúde reprodutiva. Tal enfoque se contrapõe à difusão de programas de controle demográfico nos anos 1960, período em que a pílula anticoncepcional foi desenvolvida, sobretudo nos países subdesenvolvidos. As novas tecnologias de controle da fecundidade foram promovidas por grupos pautados no paradigma neomalthusiano⁵, que relacionava o crescimento populacional ao aumento da pobreza. Esses grupos tinham como objetivo conter o crescimento populacional, sem uma associação à perspectiva do cuidado integral à saúde da mulher (JANNOTTI *et al.*, 2002).

Em 2004 foi lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que contempla o referencial de gênero e trata de questões como o abortamento inseguro, o tratamento de mulheres vivendo com HIV/Aids, saúde mental, a atenção às mulheres negras, indígenas, trabalhadoras rurais, entre outras, que até então haviam sido pouco abordadas nas políticas anteriores. Assim, a política considera a aplicação dos direitos humanos em termos de saúde sexual e reprodutiva, ampliando o conjunto de ações de saúde voltadas para as mulheres.

Apesar dos avanços em termos de políticas, os padrões tradicionais de gênero ainda interferem na realidade da assistência à saúde da mulher. Entre aquelas que estão em contextos de vulnerabilidade social e econômica, o uso de diferentes métodos anticoncepcionais encontra barreiras que vão desde o acesso aos serviços de saúde até as hierarquias de gênero presentes nas relações heterossexuais. A disseminação da cirurgia de laqueadura de trompas como método definitivo de regulação da fecundidade, principalmente entre a população feminina mais pobre, traduz como conquistas em relação aos direitos sexuais e reprodutivos podem não estar acessíveis a todas as mulheres (HEILBORN, 2012).

O incentivo à testagem para o HIV em mulheres gestantes atualiza a associação da mulher com a reprodução. Embora apresente importantes avanços em relação à diminuição das taxas de detecção de Aids em crianças menores de cinco anos de idade (BRASIL, 2017), as ações de incentivo à testagem apenas entre gestantes e profissionais do sexo dificulta o diagnóstico e início do tratamento para as mulheres em diferentes fases da vida. A falta de

⁵A teoria demográfica de Thomas Malthus (1803) indicava que o crescimento populacional não era proporcional à produção de alimentos, levando à escassez desse e de outros recursos.

ações voltadas para o incentivo à testagem entre aquelas que não estão grávidas reforça estereótipos de gênero que vinculam a mulher ao papel de mãe.

Frente aos objetivos do presente estudo, cabe indicar que, segundo Jacks e Escosteguy (2005), as pesquisas brasileiras em comunicação não têm estabelecido uma discussão sobre a categoria de gênero. O gênero estaria sendo utilizado apenas para apresentar uma “distinção sexual entre masculino e feminino” (p. 95). Papéis sociais como o papel de mãe são associados à categoria e os resultados das pesquisas permitem conhecer “o universo cultural da mulher, descrevendo o contexto no qual recebem as mensagens midiáticas e os tipos de uso que fazem dessas narrativas dentro de sua vida cotidiana” (p. 95). Contudo, a problematização dessa construção social estaria sendo colocada em segundo plano. Assim, um estudo de recepção pode contribuir para identificar as permanências e os avanços presentes na abordagem sobre a prevenção às IST/Aids entre a população feminina. Os achados podem apontar sob qual aspecto as mensagens veiculadas em materiais educativos reforçam ou desafiam as concepções e expectativas sociais tradicionais relacionadas ao gênero e ao HIV/Aids.

2.2 Comunicação e saúde: o lugar dos materiais educativos sobre IST/AIDS

A comunicação compreendida enquanto uma ação humana, intrínseca aos processos de socialização, é um componente que constitui a estrutura social. No domínio do conhecimento acadêmico é um campo plural e disperso, que conforme Mattelart e Mattelart (2003):

[...] se inscreveu em tensão entre as redes físicas e imateriais, entre o biológico e o social, a natureza e a cultura, os dispositivos técnicos e o discurso, a economia e a cultura, as perspectivas micro e macro, o local e o global, o ator e o sistema, o indivíduo e a sociedade, o livre-arbítrio e os determinismos sociais (p. 10).

Com base neste entendimento, pode-se dizer que a comunicação é um processo interacional, contextualizado e constituído por diferentes elementos – sociais, subjetivos, políticos, culturais, institucionais. Ela é parte do tecido cultural. É o que vincula sujeitos, discursos e práticas a seu tempo e espaço. Deste ponto de vista, neste trabalho, considera-se que a comunicação (imediate e/ou mediada) é um elemento intrínseco às ações/projetos que sustentam o funcionamento de programas e serviços existentes no Sistema Único de Saúde. Nessa vinculação entre discursos e práticas no contexto das instituições de saúde, a comunicação é um componente das políticas públicas.

Estudos que investigam a interface comunicação e saúde no contexto das políticas públicas de saúde, em especial no âmbito das ações de Informação, Educação e Comunicação promovidas pelo Ministério da Saúde, convergem em suas análises explanando que a

comunicação é, historicamente, adotada como um instrumento para transformar hábitos e práticas individuais e coletivos, considerados prejudiciais à saúde e, conseqüentemente, para o desenvolvimento da nação (ASSIS, 1998; ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Segundo esses autores, a matriz comunicacional que ancora este pressuposto é o do Modelo Informacional de Comunicação, criado por Shannon e Weaver no pós-guerra (1948). Este modelo também é chamado de Modelo Matemático de Comunicação, mundialmente adotado nos diversos campos da vida humana. Ele tem como característica a linearidade, a unidirecionalidade e a bipolaridade. A linearidade da comunicação visa o mínimo de interferências na transmissão da informação para o receptor. A unidirecionalidade diz respeito à via da comunicação: o fluxo da mensagem que parte sempre do emissor para o receptor, sem possibilidade de inversão deste processo. Já a bipolaridade se refere à existência de apenas dois polos (sujeitos) no processo comunicacional: o emissor e o receptor (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Essa lógica ainda é presente nas ações na área de Informação, Educação e Comunicação (IEC) em saúde que integram os diversos Programas de Saúde. Segundo Pitta (1995), nas ações de IEC há uma correlação entre a ideia de "grupos de risco" (população-chave) usada na epidemiologia e a premissa da homogeneidade do público adotada nas campanhas de saúde. Se na epidemiologia, o recorte da população-alvo é feito segundo o "[...] grau de exposição a determinados fatores de risco ou agentes causais" (p. 242), nas ações de IEC, esta ideia se alinha à premissa da homogeneidade do público, que agrupa elementos comuns à realidade de determinados grupos sociais como estratégia para uniformizar padrões culturais de consumo. Por exemplo, nas Campanhas de prevenção do HIV/Aids destinadas à população LGBT, fala-se de modo igual para os diversos segmentos que integram essa população-chave, apesar de, aparentemente, haver uma direcionalidade de público e de mensagens. Em muitos casos, são desconsiderados os aspectos intrínsecos à vida de cada um desses segmentos, o que sem dúvida impacta no reconhecimento das mensagens postas em circulação.

No contraponto a essa visão instrumental da comunicação, Contrera (2005), ao falar sobre a associação comumente feita entre os meios de comunicação e a própria comunicação, esclarece que:

A comunicação é um processo anterior [aos meios de comunicação] que só pode ser realizado mediante as trocas sociais, das culturas locais e da produção de sentidos e significados que lhe atribuem [...] o conceito de comunicação está para além dos meios, ele reflete a própria experiência humana precedida do gestual, da oralidade, da imagem ou da escrita (CONTRERA, 2005, p. 41).

A partir dessa perspectiva dialógica, as mensagens institucionais que entram em circulação formam, muitas vezes, uma tensão com a realidade concreta e cotidiana dos indivíduos. Os sentidos propostos pelas mensagens, ao entrar em contato com seus destinatários, criam uma ideia de norma e encontram o que Pitta (1995) chama de “modelos de situação” (p. 243), onde os sentidos sobre as mensagens seriam realmente construídos, e não recebidos como já terminados, conforme prevê o Modelo Informacional. Segundo a autora, esses modelos são “concretos e cotidianos, infinitamente diferenciados, através dos quais são engendradas as práticas sociais, adscritos os processos de adoecimento, o seu significado e as formas cotidianas de fazer frente a eles” (p. 243).

Ancorados nessa concepção, o receptor não é mais visto como “recipiente” das informações, mas como agente do processo comunicativo, onde a “situação” de recepção é complexa e dinâmica (Pitta, 1995). Os significados de saúde e doença, por exemplo, são construídos e compartilhados dentro de uma realidade social, sendo construídos no cotidiano das práticas sociais. No cotidiano das práticas em saúde, as ações de comunicação e educação em saúde visam à valorização do conhecimento dos indivíduos para que esses, de posse das informações, possam decidir e atuar livremente sobre suas questões de saúde, considerando variáveis culturais e sociais que podem se configurar como barreiras no processo de escolha livre e informada.

Deste ponto de vista os sujeitos são reconhecidos como interlocutores, como sujeitos possuidores de conhecimentos, saberes e práticas que não devem ser desconsiderados no processo comunicativo (ARAÚJO; CARDOSO, 2007). Em relação aos interlocutores, processos e contextos, o conceito *lugar de interlocução* foi desenvolvido pelo filósofo Mikhail Bakhtin (1997). Este conceito “designa o lugar que cada um ocupa na cena discursiva e na cena social, no momento em que participa de algum ato de interlocução” (ARAÚJO, 2007, p. 56), sendo constituído por diversos fatores, de ordem individual e social. A autora ainda aborda que as relações de poder e os sentidos produzidos na prática comunicativa ocorrem a partir dos lugares de interlocução, definindo assim, os sentidos sociais referentes a determinado processo comunicativo.

No contexto das ações de comunicação e saúde institucionalizadas, segundo Araújo e Cardoso (2007, p.37), o poder opera como um elemento que direciona a tomada de decisão: “quando um ponto de vista consegue se impor como mais verdadeiro do que os demais, ele amplia sua influência sobre as políticas, que, entre outras coisas, trazem financiamentos que viabilizam a ação”. Os dispositivos de comunicação participam ativamente desse processo,

ampliando certas vozes e fazendo com que sejam ouvidas e reconhecidas (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Nesse sentido, estudos endossam essa ponderação discorrendo que, entre os dispositivos de comunicação, as campanhas na mídia são preferencialmente o modo como a população é mobilizada para as questões de saúde em nosso país (ARAÚJO; CARDOSO, 2007; KELLY-SANTOS, 2012). Desta forma, considera-se que a análise de recursos que integram essas iniciativas se coloca como uma valiosa estratégia investigativa para a compreensão dos modos pelos quais um determinado grupo social dialoga com os sentidos propostos nas mensagens veiculadas e o seu repertório subjetivo e cultural.

Materiais educativos sobre IST/Aids

No Brasil, desde o início da epidemia de Aids, as estratégias de comunicação integram um conjunto de ações destinadas à prevenção das IST/Aids. Ao longo dos anos, várias campanhas têm circulado na mídia (televisão, rádio) e nas redes sociais como parte destas iniciativas. São produzidos e distribuídos materiais educativos (folhetos, cartazes, panfletos, cartilhas) para os usuários dos serviços de saúde e a população em geral. O Dia Mundial de Luta contra a Aids é o momento privilegiado para a veiculação dessas campanhas.

Tendo em vista a relevância dos materiais educativos nas ações de prevenção promovidas nos serviços de saúde, considera-se que apreender as condições de produção, circulação e consumo destes recursos é parte inerente ao entendimento do estudo de recepção desenvolvido neste trabalho. Com este foco, foi feita uma busca exploratória de estudos sobre o tema na biblioteca eletrônica Scielo. A busca teve como descritores: DST, AIDS, HIV, comunicação, materiais educativos, educação, campanhas, direitos sexuais e gênero. Foi adotado como ponto de corte o ano de 1996 por se tratar do ano de implementação da terapia antirretroviral no SUS. Tal medida transformou as práticas de cuidado ao HIV/Aids nos diferentes níveis de atenção à saúde, inclusive aquelas relacionadas às ações de comunicação junto à população⁶.

Tal busca resultou na identificação de dois conjuntos de trabalhos sobre o tema. O primeiro, com 11 trabalhos, menciona os materiais educativos como um recurso em ações de educação e saúde ou como uma fonte de informação para a população sobre as IST/Aids. Os

⁶ A busca foi realizada, primeiramente, entre os anos de 2011 a 2013, no escopo do projeto Materiais educativos sobre DST/AIDS: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas vigentes neste campo (KELLY-SANTOS, 2010), financiado pela FAPEMIG. Nos meses de julho a agosto de 2017, período de desenvolvimento do projeto no LEAS/IOC/Fiocruz, foi repetido o processo de busca com o propósito de verificar a existência de novas publicações.

materiais são também apresentados como resultado de oficinas sobre prevenção das IST/Aids em que, ao final, os participantes elaboram folhetos, cartazes, panfletos com objetivo de compartilhar o que foi apreendido. Nesse conjunto, o conteúdo e as mensagens dos materiais não aparecem como objeto de uma análise mais aprofundada⁷.

O outro conjunto focaliza o processo de produção, circulação e recepção dos materiais, sendo constituído por três artigos: Pitta (1998), Xavier (1997) e Schall *et al.* (1999). Foi somado a esse conjunto o trabalho de Monteiro e Rebello (2005), sobre o uso de jogos educativos. Pitta (1998) aborda a análise de vídeos, folhetos, cartazes, cartilha e agenda produzidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Salvador, Bahia, em parceria com organizações não governamentais do município. Através de técnicas como análise documental e entrevistas semiestruturadas, a autora relata que no contexto de complexidade do processo saúde-doença, como no caso da epidemia de Aids, se faz necessária a elaboração de “[...] estratégias que transcendem a veiculação de mensagens educativas formuladas a partir de pressupostos epidemiológicos e estatísticos - necessárias, mas não suficientes [...]” (PITTA, 1998, p. 41).

Xavier (1997) faz uma análise descritiva e temática de cartuns sobre Aids inscritos na I Bienal Internacional de Humor — Sem Aids, Com Amor, realizada em São Paulo. Ao discutir “[...] a relação entre o riso e a coisa trágica” (p. 193), o autor relata que 92,2% dos cartuns apresentam como tema principal a transmissão do HIV pela via sexual e que aspectos sociais da doença são abordados em apenas 2,5% do *corpus* analisado. A Aids adquire personificação em alguns cartuns: quando apresentada na figura de uma mulher, é retratada na profissional do sexo e em imagens de mulheres nuas.

Os artigos de Schall *et al.* (1999) e o capítulo de Monteiro e Rebello (2005) abordam a metodologia de criação de um jogo sobre Aids. Trata-se de um jogo de perguntas e respostas para público infanto-juvenil que objetiva estimular diálogo e acesso ao conhecimento desse público sobre a Aids e contrapor-se à visão fatalista, desinformação e associação entre sexo e morte. O jogo incentiva seus participantes a se colocarem como interlocutores no conhecimento sobre a epidemia de Aids, abordando, além dos aspectos biológicos da doença, a solidariedade nas relações sociais. O processo de desenvolvimento do material envolveu investigações acerca das experiências e conhecimento da população alvo sobre tema, testagem

⁷ ALENCAR *et al.*, 2008; BOUSFIELD; CAMARGO, 2011; CAMARGO; BOTELHO, 2007; CAMARGO; FERRARI, 2009; GIOVANETTI *et al.*, 2007; FIGUEIREDO; AYRES, 2002; NATIVIDADE; CAMARGO, 2011; PRAÇA; LATORRE, 2003; RODRIGUES *et al.*, 2010; SOUSA *et al.*, 2009; VARGAS; SIQUEIRA, 1999.

com grupos diversos (jovens, educadores, pais, profissionais de saúde) para adequar dinâmica, linguagem e conteúdo e avaliação de consultores para revisão do conteúdo.

Com relação à produção acadêmica sobre o tema, vale destacar ainda os estudos: Monteiro e Vargas (2006) e Rezende (2016). O primeiro trata das etapas de análise descritiva e temática na elaboração de um banco de materiais educativos nacionais sobre IST/Aids, produzidos nos anos 1990 por organizações governamentais e não governamentais. O trabalho integra uma coletânea de artigos que versam sobre os materiais educativos como parte da comunicação na promoção da saúde e prevenção de doenças variadas. O estudo de Rezende (2016) investiga os sentidos sobre sexualidade e Aids de um grupo de adolescentes a partir da análise de materiais educativos, identificando as especificidades da comunicação para os jovens.

Cabe ressaltar a identificação de quatro trabalhos que tratam das concepções de gênero em campanhas televisivas sobre prevenção do HIV/Aids. Apesar de não apresentarem a temática dos materiais educativos, eles chamaram atenção pela análise da representação da mulher nas campanhas governamentais. Os achados apontam para a produção ou reprodução de estereótipos de gênero como, por exemplo, a responsabilização da mulher pela negociação do uso do preservativo. A imagem da mulher é veiculada em grande parte do conjunto de campanhas analisadas como aquela que cuida da sua saúde e da saúde do outro (GONÇALVES; VARANDAS, 2005; OLIVEIRA *et al.*, 2004; MEYER *et al.*, 2004; ROSO, 2000).

Considerando a escassez de estudos que investiguem a etapa de recepção de materiais educativos no campo das IST/Aids, assim como as significações das representações de gênero e saúde nesse dispositivo comunicacional, este trabalho pretende contribuir para o campo através do conhecimento das percepções de um determinado grupo para quem as mensagens são destinadas.

2.3 Estudos de recepção: definição e contribuições para saúde

A partir dos estudos culturais sobre os meios de comunicação de massa e suas audiências, nasce na América Latina, nos anos 1980, uma corrente dos estudos de recepção no campo de pesquisas da comunicação. Estes colocam a recepção como parte de uma estrutura complexa de produção social de sentido e buscam entender como os sentidos de uma determinada mensagem, dentro de um processo comunicativo, são produzidos, apropriados e voltam a ser reeditados na vida cotidiana. Partem da ideia de que o significado não é algo dado pela mensagem e sim, construído de acordo com o contexto social e cultural e das

representações sobre determinado assunto (LEAL, 1986; SILVA, 1985). Características socioculturais são integradas na análise da recepção como parte do processo de circulação das mensagens, onde cada classe ou grupo social possui seu próprio código (LOPES, 1993).

Pode-se dizer então que o processo de comunicação é concebido como uma articulação de práticas de significação num campo de forças sociais. Porém, essas práticas não são aleatórias, mas enraizadas em um corpo de conhecimentos e nas estruturas de sentido disponíveis numa sociedade determinada ou através de regras do fazer profissional e das especificidades de cada meio de comunicação (LOPES, 1993, p. 81).

A partir dessa vertente, o processo de construção de sentido é construído na recepção, sendo a mensagem, então, aberta a diferentes significações onde os sujeitos participam ativamente deste processo. Desta forma, os estudos culturais deslocam a reflexão dos meios para as mediações, em que a recepção faz parte de uma estrutura social e cultural mais ampla (LOPES, 1993). Nos estudos de recepção, a mesma é considerada como uma etapa do processo comunicacional, assim como a produção e a circulação de mensagens onde “cada etapa possui suas próprias formas e condições de existência, mas estão articuladas entre si e determinadas por relações de poderes institucionais” (ESCOSTEGUY; JACKS, 2005, p. 40).

Martín-Barbero (1995), um dos ícones desse campo, define que tal deslocamento produzido no modo de analisar a dinâmica comunicacional coloca a recepção em um “lugar novo” (p.39), em contraposição ao modelo mecânico (informacional). Para o autor, essa concepção reduz a significação da mensagem apenas às intenções do produtor e ao que ele espera do seu receptor, suprimindo, na análise da recepção, o sentido das práticas de comunicação na dinâmica social. Na sua visão, as anacronias e as fragmentações constituem mediações no processo comunicativo. Uma mesma história pode ser contada por diferentes olhares, envolvendo uma multiplicidade e heterogeneidade de histórias e temporalidades. Sob essa perspectiva, um determinado acontecimento não possui uma linha do tempo que segue uma única direção, mas possui ritmos e lógicas distintas na memória social.

A esse respeito, Leal (1986), ao realizar uma etnografia de audiência de uma telenovela em São Paulo, parte da noção de cultura não como um elemento da prática da construção social de sentido, mas “como um sistema de significados”. Essa noção de cultura permite aos estudos de comunicação a análise da recepção como “lugar privilegiado de negociação e de estruturação do próprio significado” (LEAL, 1995, p.114). Através do ato de comunicar é que os símbolos são criados e atuam como significantes deste ato, que é um processo de interação entre o polo produtor e o polo de consumo. Deste ponto de vista, entende-se que o sistema de

significação é dado na cultura, ou seja, o indivíduo possui um sistema de significações coerente com o sistema do grupo em que está inserido. Valores, crenças, fazem parte de um sistema simbólico que cria uma rede de significações, a partir da qual o indivíduo irá atribuir significados a determinado elemento da vida social (SILVA, 1985).

As fragmentações no processo comunicativo correspondem às fragmentações sociais e culturais que são reforçadas pelos meios de comunicação, como a divisão por classes sociais, bem como as fragmentações dos públicos. A publicidade estaria sensível às mudanças sociais com o objetivo de atingir efetivamente a vida das pessoas, pondo “[...] em movimento outras dimensões da vida, do imaginário, outras representações do social, do cultural, do prestígio, do poder, da beleza, da juventude. Os valores de nossa sociedade, de alguma forma, estão sendo refragmentados e rearticulados [...]” (BARBERO, 1995, p. 48).

Deste ponto de vista, na análise dos processos de apropriação das mensagens, essa diferenciação social se dá a partir dos diferentes modos de consumir. O sentido que uma mensagem tem para determinado grupo não está dado no texto, mas está na interação deste com o ambiente, com o produtor, com o grupo social em que o receptor está inserido. Dessa forma, a distinção social também ocorre via consumo e este é, ainda, um “sistema de integração e popularização de sentido” (BARBERO, 1995, p. 62). A partir dessa circulação, os sentidos são comunicados em determinado grupo social e reforçam a distinção entre os grupos. O consumo, então, afirma e legitima a distinção entre os grupos sociais tendo por base o modo de circulação e comunicação dos sentidos, excluindo ou integrando indivíduos a determinado grupo (BARBERO, 1995).

Informada por esse olhar sobre a dinâmica comunicacional, pondera-se como esse processo permeia os sentidos da epidemia de Aids em nossa cultura. De um lado, possui uma linha do tempo histórica, afetando grupos sociais diversos de diferentes formas em determinados períodos de tempo. Aliado a isso, nas Campanhas de Aids a publicidade usa do pressuposto da fragmentação do público como estratégia para acionar códigos próprios de sua dinâmica social. Tal construção é identificada na presença de materiais destinados para segmentos específicos, como mulheres, profissionais do sexo, usuários de drogas, adolescentes, população LGBT, entre outros, como uma tentativa de interação com as diferentes lógicas existentes desses grupos.

Tendo em vista que o estudo da recepção “[...] quer resgatar a vida, a iniciativa, a criatividade dos sujeitos; quer resgatar a complexidade da vida cotidiana, como espaço de produção de sentido [...]” (BARBERO, 1995, p. 54), considera-se que a recepção de um conjunto de materiais educativos sobre Aids destinados a mulheres é uma estratégia para

acionar os diferentes modos de vida desse grupo e conhecer suas percepções sobre o HIV/Aids.

Frente aos argumentos apresentados, a presente pesquisa apresenta um estudo de recepção dos materiais educativos junto a mulheres gestantes atendidas em um serviço de saúde no nível da Atenção Básica do município do Rio de Janeiro. Através da análise tanto da produção de materiais educativos sobre IST/Aids destinados às gestantes, como da apropriação das mensagens por esse público, busca-se averiguar os sentidos que essas mulheres atribuem às questões relacionadas à saúde, risco e adoecimento e às normas de gênero.

3 METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que objetiva investigar a visão de indivíduos sobre determinado objeto ou ação social e compreender ações, comportamentos, valores e crenças que fazem parte do contexto de vida do grupo pesquisado. Em outras palavras, a pesquisa qualitativa se caracteriza pela investigação dos sentidos e significados de um grupo em relação ao tema de estudo (DESLANDES; ASSIS, 2002; MINAYO, 1993).

A abordagem qualitativa contribui para a reflexão das interações sociais, por meio da análise dos códigos culturais próprios do universo simbólico, tanto do produtor como do receptor, tendo em vista que a investigação da interação que ocorre durante a recepção é um dos elementos centrais na análise dos processos comunicativos (SILVA, 1985; LEAL, 1986; BARBERO, 1995). De acordo com Leal (1986), que desenvolveu uma etnografia da recepção, a significação de determinada mensagem se dá no social, na vida cotidiana, sendo diferenciada de acordo com variáveis como classe, gênero, faixa etária, rural e urbano, entre outras.

Sendo a recepção parte de um processo comunicativo mais amplo, apreender o modo de funcionamento da unidade de saúde, bem como as relações estabelecidas no cuidado com a saúde da gestante e o uso de materiais educativos nas ações de saúde se constitui como parte do estudo de recepção. A análise da interação entre gestantes com os materiais de comunicação sobre IST/HIV destinadas a esse grupo possibilita a observação dos aspectos verbais e não verbais presentes nessa interação, bem como os comportamentos que se repetem e os temas priorizados e/ou silenciados no debate sobre o cuidado à saúde e à prevenção do HIV/Aids. Desse modo, são identificados quais sentidos são produzidos e negociados durante a circulação da mensagem dentro do grupo.

3.1 Universo e local do estudo

O acesso ao grupo de gestantes foi feito por meio de uma unidade de saúde da rede pública do município do Rio de Janeiro. Os aspectos considerados como critérios para escolha do serviço foram: estar vinculado à Atenção Básica de saúde do município, desenvolver alguma atividade de educação em saúde voltada especificamente para gestantes, ser acessível e autorizar o desenvolvimento do estudo.

Com base nesses critérios, foi realizado contato com um centro de saúde que se configura como uma unidade de Atenção Básica de Saúde na Zona Norte do Rio de Janeiro. Atualmente a unidade possui oito equipes da Estratégia de Saúde da Família; cada uma atende cerca de 4.000 usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Ademais, faz atendimentos de

doenças infecciosas como tuberculose, esporotricose, toxoplasmose, entre outras, de usuários vindos de outros territórios. É importante ressaltar que a unidade se caracteriza como local de ensino e pesquisa, desenvolvendo estudos continuamente e localizada próxima a instituições de pesquisas na área da saúde.

A população do território caracteriza-se como população de baixa renda e seu Índice de Desenvolvimento Social (IDS)⁸, de acordo com o último Censo Demográfico do IBGE, foi de 0,518 (IBGE, 2010). Desde 2008, o território é alvo do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do Governo Federal e conta com uma Unidade de Polícia Pacificadora. Em relação à educação, possui três escolas municipais e três creches municipais. A acessibilidade pelos moradores através do transporte público pode ser feita via trem e ônibus. A área possui uma estação de trem e locais de pontos de ônibus próximos à unidade de saúde. Na atenção à saúde, além da unidade referida, o território conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma Clínica de Saúde da Família.

Como descrito anteriormente, um dos critérios para a escolha da unidade foi a realização de atividades de educação e saúde com gestantes. No serviço escolhido, é desenvolvido um “Grupo de Gestantes” que promove reuniões mensais sob coordenação de três profissionais de saúde. Participam das reuniões aquelas gestantes que estão fazendo o pré-natal nessa unidade, independentemente do tempo de gestação, idade ou agravo específico. No formato de uma roda de conversa, são abordados temas relativos à saúde da gestante e do bebê.

Também são desenvolvidas outras atividades de grupo/coletivas com os demais usuários, como: oficina artesanal, apoio nutricional, tabagismo, planejamento familiar, pessoas vivendo com HIV/Aids, puericultura, terapia comunitária, saúde do idoso. Visando mapear e compreender a dinâmica do funcionamento das atividades de educação e saúde voltadas para gestantes, a observação durante a fase de pré-campo foi delimitada ao grupo de gestantes. Após aprovação do CEP⁹, a pesquisa foi desenvolvida por meio da observação direta da unidade (sala de espera e grupo de gestantes) e realização do grupo focal para análise dos materiais com as gestantes, descritos detalhadamente nos próximos tópicos.

⁸ Inspirado no índice de Desenvolvimento Humano, (IDH), o IDS tem como finalidade “[...] medir o grau de desenvolvimento social de uma determinada área geográfica em comparação com outras de mesma natureza” (IPP, 2008, p. 2). Além dos indicadores utilizados no cálculo do IDH, o IDS utiliza indicadores como rede de água, rede de esgoto, coleta de lixo, analfabetismo em maiores de 15 anos, entre outros que avaliem a dimensão de acesso a saneamento básico; dimensão da qualidade habitacional; dimensão do grau de escolaridade e dimensão da disponibilidade de renda (IPP, 2008).

⁹ Projeto de Pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP/FIOCRUZ (nº do parecer: 2.719.767/ 88874618.9.0000.5240, em 18/06/2018, Anexo B)

3.2 Estratégias metodológicas

Observação direta

Minayo (2008) descreve a observação como “[...] um processo pelo qual o pesquisador se coloca como observador de uma situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica” (p. 70), destacando sua importância prática por possibilitar ao pesquisador conhecer seu universo de pesquisa, aspectos e situações em relação aos seus interlocutores. Ou seja, a observação ajuda “[...] a vincular os fatos as suas representações e a desvendar as contradições entre as normas e regras e as práticas vividas cotidianamente pelo grupo ou instituição observados” (p. 71).

Os estudos de recepção ressaltam que as relações de dominação que perpassam as ações de comunicação não se limitam aos dispositivos de comunicação, como os materiais educativos. O sujeito da recepção está inserido em um contexto social, um universo simbólico povoado de códigos culturais próprios que atravessam os processos comunicacionais, constituindo uma totalidade de significações que se articulam com o social, o político, o econômico (LEAL, 1986). Para se compreender essa totalidade, é necessária uma inserção no universo onde se investiga a recepção. Assim, foram utilizadas técnicas de pesquisa das ciências sociais, como a observação, com o propósito de identificar, no universo de estudo, as percepções, interpretações e ressignificações sobre cuidado à saúde da mulher e prevenção das IST/Aids entre mulheres gestantes.

O contato inicial na unidade de saúde foi com uma das profissionais responsáveis pelo “Grupo de gestantes”. Com objetivo de acordar a realização da etapa exploratória do campo, conversei com essa profissional e apresentei os objetivos da pesquisa. Fui bem acolhida e pude ter acesso às reuniões do referido grupo de agosto de 2017 a março de 2018. Assim, a partir da ciência e concordância das participantes, observei sete reuniões do grupo. Durante esse período, caracterizado como pré-campo, busquei mapear as interações entre essas mulheres e identificar os temas privilegiados e excluídos em suas conversações, bem como suas experiências de cuidado à saúde da mulher.

Após a aprovação do CEP, o trabalho de campo propriamente dito foi desenvolvido entre os meses de julho a dezembro de 2018. Durante esse período, foi notada a presença de materiais educativos no interior da unidade, em locais como: entrada, sala de espera e corredores. Na entrada, há um espaço onde estão disponibilizados folhetos de elaboração própria da unidade. É sinalizado, no verso desses materiais, que esses foram elaborados por equipes multiprofissionais com participação dos usuários. Nos primeiros meses da observação

foram mapeados os temas desses materiais de elaboração própria, que se concentravam em: gravidez, teste do pezinho, IST/Aids, dengue, tuberculose, tabagismo, violência contra o profissional de saúde, participação social e promoção da saúde. Nos meses finais de observação, se notou a inclusão de materiais sobre sífilis e igualdade de gênero.

Pôde-se observar que na sala de espera estavam disponibilizados cartazes sobre: febre amarela, hanseníase, câncer de boca, câncer de mama, apoio nutricional na gestação, uso de álcool na gestação, atenção à saúde do homem, direitos e compromissos dos usuários, segurança do paciente e folhetos da ouvidoria. E ainda, cartazes que divulgavam o “Grupo de gestantes” estavam espalhados por toda a unidade: na entrada, na sala de espera, nos corredores e no quadro de avisos.

O “Grupo de Gestantes” da unidade acontece periodicamente na primeira sexta feira de cada mês no turno da manhã. Entre os objetivos do grupo está a troca e o compartilhamento de questões referentes à gestação e ao pré-natal, discutindo os seguintes temas: Gestação: Modificações físicas, emocionais e sociais; Cuidados com a saúde da gestante: acompanhamento pré-natal; Cuidados com a saúde da gestante: Alimentação e saúde bucal; Tá chegando a hora: visita à maternidade, parto, puerpério e resguardo; Cuidando do bebê; e Aleitamento materno. As gestantes são convidadas durante as consultas de pré-natal e também através dos Agentes Comunitários de Saúde. Segundo as profissionais responsáveis pelo grupo, os temas de cada mês são escolhidos nas reuniões entre elas após o fechamento de cada ano. É feita uma discussão sobre o aproveitamento dos encontros e definidos os temas para o ano seguinte. No penúltimo mês de observação, foi percebido que havia uma demanda entre elas de rever os temas e deixar o espaço com as gestantes mais livre, para que elas pudessem colocar livremente seus questionamentos.

A frequência das gestantes às reuniões variava, em média, entre quatro e oito mulheres. Algumas traziam os filhos pequenos e os parceiros participaram de dois grupos. Outros profissionais de saúde também participaram de algumas reuniões. Os grupos duravam entre 1h e 1h30. Entre os recursos educativos utilizados estavam: o quadro, apresentação em *slides* e materiais educativos. Foram entregues às gestantes folhetos sobre amamentação, orientações nutricionais na gestação, uso de álcool durante a gestação e informativos do próprio grupo e de outros desenvolvidos na unidade.

Durante o desenvolvimento do grupo, notou-se que a discussão era realizada de acordo com o tema previsto para o mês. Foi notado que as profissionais de saúde que conduziam o grupo deixavam as participantes à vontade para colocar outras questões, mas procuravam sempre trazer a discussão de volta para o tema principal. As gestantes participaram ativamente

de todos os grupos a que assisti: faziam perguntas, contavam experiências, concordavam ou discordavam umas das outras. Alguns temas geravam mais discussão, por exemplo, alimentação, parto, amamentação. Já temas como uso de álcool durante a gestação geravam pouca ou nenhuma participação das gestantes.

Também foi apurado que os temas sexualidade e reprodução surgiram através da indicação do grupo de planejamento familiar também desenvolvido na unidade; através de perguntas sobre o apoio do parceiro durante a gestação; e ao abordar as IST/Aids. Sobre as IST e o HIV, o assunto surgiu nas reuniões onde o tema do mês era “Cuidados com a saúde da gestante”. As doenças foram mencionadas como doenças identificáveis no pré-natal e tratáveis. O teste rápido foi colocado como parte de um protocolo que tem por objetivo verificar a saúde da mãe para que ela possa gerar um bebê saudável. A realização da testagem no parceiro também foi citada como importante na prevenção da transmissão vertical, assim como o uso do preservativo durante a gestação. O aconselhamento pré e pós-teste e a autonomia da gestante em relação à realização da testagem não foram abordados.

Outros assuntos para além dos cuidados pré-natais surgiam durante os grupos, tanto na fala das profissionais que estavam conduzindo quanto na fala das gestantes. Por exemplo: trabalho, depressão pós-parto, autoestima, apoio familiar, sexualidade, tabagismo, são alguns pontos que surgiam nas conversas. Havia escuta e acolhimento por parte das profissionais, que procuravam desmistificar experiências negativas e reforçar a importância do grupo para sanar dúvidas que não são contempladas durante as consultas pré-natais. Em um dos grupos, onde o tema do mês era “Cuidando do bebê e da puérpera”, logo no início, na apresentação das gestantes, uma delas contou sua situação naquele momento: a descoberta da gravidez somente no sexto mês e o abandono do parceiro. De imediato, a gestante foi acolhida pelas profissionais e pelas outras gestantes, que compartilharam experiências parecidas e a forma como passaram por isso. Esse grupo divergiu de todos os outros, pois o tema do mês não foi trabalhado. O depoimento da gestante mobilizou todas que estavam na sala – gestantes e profissionais – de tal forma que o assunto daquele dia se transformou em direitos (pagamento de pensão alimentícia) e desigualdades de gênero.

Ainda sobre esse dia específico, é importante ressaltar o cenário de cortes na Atenção Básica de saúde do Rio. A unidade estava apenas com 50% de seus profissionais e os outros 50% estavam mobilizados frente a essa questão. Ressalta-se como o contexto político afetou esse grupo, sendo abordado na fala de uma das profissionais o processo de desconstrução vivenciado naquele momento, com cortes nas instituições públicas. Houve sensibilidade principalmente em relação ao abandono da gestante pelo parceiro. A importância do apoio de

mulheres umas às outras foi discutido, assim como o enfrentamento ao machismo, ainda muito presente na nossa sociedade. O grupo foi mencionado como um espaço onde a gestante pode encontrar suporte às diversas condições enfrentadas durante uma gravidez.

Dessa forma, a observação possibilitou conhecer o universo de pesquisa e a dinâmica de seu funcionamento. Especificamente, foi mapeada uma ação de educação em saúde para gestantes e a circulação de materiais educativos na unidade, o que auxiliou na fase dos grupos focais, apresentada a seguir.

Grupo Focal

Para a realização da etapa de análise da recepção dos materiais de comunicação sobre IST/Aids por um grupo de gestantes atendidas na unidade, foi escolhida a técnica de Grupo Focal (GF), destinada à leitura e avaliação dos materiais educativos propriamente ditos. Esse instrumento de coleta de dados possibilitou às participantes trocarem opiniões e ideias sobre mensagens educativas que abordam as IST/Aids divulgadas em materiais impressos, de forma a compartilhar suas vivências não só em relação à apropriação dessas mensagens, mas em relação à forma como essas mensagens encontram significações em suas vidas cotidianas. Neto *et. al* (2001) definem Grupo Focal como:

[...] uma técnica de pesquisa na qual o pesquisador reúne, num mesmo local e durante um certo período, uma determinada quantidade de pessoas que fazem parte do público-alvo de suas investigações, tendo como objetivo coletar, a partir do diálogo e do debate com e entre eles, informações acerca de um tema específico” (NETO *et. al*, 2001, p. 9)

Para Gaskell (2002) os grupos focais são uma “entidade em si mesma” (p. 75), tendo como parte de suas características centrais os diferentes comportamentos que emergem da interação do grupo, como: “emoção, humor, espontaneidade e intuições criativas” (p. 76). Tais comportamentos podem se modificar durante a realização do grupo, tornando este um ambiente em que os participantes expõem suas opiniões e respostas, considerando o que foi colocado pelos demais, e compartilham e debatem suas experiências.

Para a constituição do GF, foram convidadas a participar do grupo gestantes com as seguintes características: ser usuária do serviço de saúde escolhido, participar das consultas de pré-natal, podendo ou não ter o diagnóstico positivo para o HIV, cadastradas na unidade em que estavam realizando o pré-natal; preferencialmente, aquelas que participavam do “Grupo de Gestantes”. As mulheres foram contatadas por meio de um convite entregue pessoalmente na unidade por mim, pelos agentes comunitários de saúde e pelas profissionais do referido grupo.

Foram organizados dois grupos focais¹⁰ constituídos por seis gestantes. Os encontros aconteceram nas instalações da unidade, onde foi obtido o TCLE (ver Apêndices B e C). As conversas foram gravadas e transcritas posteriormente. O primeiro encontro foi realizado no dia de uma das reuniões do grupo já formado na unidade, com participação das profissionais que desenvolvem atividades de educação e saúde com gestantes. Já o segundo grupo ocorreu em um dia à parte do primeiro. Os GF tiveram duração de 1h30m, sob coordenação da pesquisadora, e observados e relatados por uma psicóloga, que analisou as gestualidades, as interações, os silêncios e a dinâmica dos encontros, de forma a contribuir na compreensão do desenvolvimento do grupo¹¹.

No primeiro GF, as profissionais responsáveis pelo grupo cederam uma das reuniões mensais do “Grupo de Gestantes” da unidade, mencionando a importância do diálogo com as gestantes sobre IST/Aids. Uma delas relatou o aumento dos casos de sífilis em gestantes na sua equipe e no município de forma geral. Considerando a presença das profissionais, procurou-se observar até que ponto e de que maneira as falas das gestantes e a forma como colocavam essas falas traduziam a interação profissional-gestante dentro do grupo. Durante todo o encontro, as gestantes pareceram à vontade para compartilhar relatos, visões e opiniões, inclusive sobre a unidade onde o estudo foi realizado. Pode-se atribuir a isso o fato de elas já terem uma interação de grupo com as profissionais presentes, reduzindo, de certa forma, a hierarquia existente entre o profissional de saúde e o usuário. As profissionais respondiam algumas falas das gestantes, demonstrando estarem abertas à discussão. No segundo GF, teve-se a participação de uma residente da enfermagem, pois, por orientação da coordenação do serviço, todas as atividades com usuários devem contar com a presença de pelo menos um profissional da unidade.

Nos dois grupos, em um primeiro momento, as participantes foram convidadas a preencher uma ficha de identificação com alguns dados, como idade, número de filhos, tempo de gestação, escolaridade, atividade profissional, renda, recebimento de algum benefício social, raça e estado civil. No segundo momento, foi aplicado um roteiro de debate elaborado a partir da etapa anterior de observação e com base nos estudos de Leal (1986), Silva (1985) e Araújo (2006).

¹⁰ O terceiro grupo foi marcado no dia seguinte às eleições presidenciais de 2018 por ser o único dia disponível para agendamento da sala de reuniões da unidade. Nesse grupo, nenhuma gestante compareceu e pude notar na observação da unidade como o momento político que o país atravessava era tema de conversas nos corredores, na sala de espera, onde ouvi falas muitas vezes de tensão e incerteza sobre o que o resultado dessas eleições representava.

¹¹ Agradeço à colega de mestrado Jamille Carvalho por sua valiosa contribuição na realização dos grupos focais e na discussão após o término de cada grupo expondo suas observações e registros.

O roteiro continha dois eixos: 1) Concepções das mulheres sobre cuidados à saúde e prevenção do HIV; 2) Análise e discussão sobre os materiais educativos de HIV/Aids. Alguns pontos específicos foram abordados no debate, como: papel dos serviços de saúde na prevenção das IST/Aids entre as mulheres; uso de materiais educativos; temas identificados nestes; como é abordada a prevenção para a mulher. A dinâmica consistiu em lançar uma primeira pergunta disparadora para o debate: “Como vocês cuidam de sua saúde?”. Após as gestantes compartilharem com o grupo o que entendiam por cuidado e como cuidavam da saúde, foi indagado sobre o que elas ouviram falar sobre HIV/Aids, preparando para a etapa seguinte, de interação com os materiais. Os 14 materiais educativos selecionados para essa etapa, descritos no item seguinte, foram dispostos sobre uma mesa e foi solicitado que elas escolhessem entre três e quatro materiais.

Na análise e discussão, as participantes puderam manusear e fazer a leitura dos materiais. Durante esse momento foi observado quais materiais foram escolhidos por elas, quais foram preteridos, a identificação com o texto e imagem, as dúvidas que surgiram, os pontos ressaltados, as críticas e a forma como apresentavam e discutiam o tema central dos materiais.

3.3 Seleção dos materiais educativos

Dos materiais educativos integrantes do banco eletrônico sobre IST/Aids descrito na apresentação, 101 são destinados às mulheres¹², sendo que os temas tratados revelam uma diferenciação entre os grupos de mulheres. A partir do tema central de cada material foram identificadas seis categorias populacionais distintas, quais sejam:

Quadro 1 – Materiais destinados às mulheres

QNTD.	DESTINATÁRIO
28	Mulheres em geral
27	Gestantes
29	Profissionais do sexo
10	Travestis, transexuais e transgêneros
5	Lésbicas, MSM e bissexuais
2	Adolescentes

Fonte: A autora (2016).

¹² Como critério de seleção, foram utilizados os enunciados presentes nos títulos, textos e imagens, como por exemplo: o uso da palavra “mulher” no título do material, a imagem de uma mulher na primeira folha/capa e a direcionalidade expressa no texto ao público feminino (PONTES, 2016).

No âmbito de um estudo anterior (PONTES, 2016), foi empregada a análise documental de um conjunto de 58 materiais educativos. Destes, 28 são destinados às mulheres em geral, 27 às mulheres gestantes e 03 aos homens pais. Os materiais destinados às mulheres em geral foram assim classificados por não se destinarem a um grupo específico de mulheres (como adolescentes, profissionais da saúde, profissionais do sexo, usuárias de drogas, entre outros).

A partir da análise temática desses 58 materiais foram identificadas três categorias: a imagem da mulher e do homem; o cuidado com a saúde da mulher e o cuidado com o outro; e a atenção integral à saúde da mulher. Quanto ao primeiro eixo, foi observada a representação de imagem da mulher através de fotos e desenhos de mulheres brancas ou negras, aparentando mulheres jovens/adultas. Foi identificada uma preocupação quanto à diversidade racial nos materiais analisados, que trazem imagens de mulheres de diferentes raças e etnias. Há uma predominância de imagens de mulheres segurando um preservativo nos materiais para mulheres em geral e, para as mulheres gestantes, foi observada a presença de imagens da mãe e do bebê, ou ainda, apenas a imagem da barriga da mulher durante a gestação. Tanto nos materiais para mulheres em geral quanto para gestantes, as vestimentas remetem a mulheres de classe popular e classe média (PONTES, 2016).

No que se refere às demais categorias, foi possível identificar diferentes abordagens sobre o cuidado à saúde da mulher. Os materiais direcionados às “mulheres em geral” abordam aspectos referentes à saúde da mulher, como: vulnerabilidade frente às IST/Aids, saúde sexual e reprodutiva, cidadania, violência doméstica e direitos. Nos materiais destinados às mulheres gestantes, o cuidado com a saúde centra-se na prevenção das IST/Aids exclusivamente durante a gestação, parto e pós-parto, visando, em última instância a saúde do bebê. Nota-se que, nos materiais analisados, o cuidado à saúde da mulher durante a gestação tem como foco o cuidado à saúde do bebê, na prevenção da transmissão vertical das IST. As mensagens dos materiais educativos nos remetem a uma fragmentação do cuidado à saúde da mulher durante a gestação, visando o cuidado com a saúde da criança.

Essa análise permitiu identificar as diferentes abordagens referentes ao cuidado à saúde da mulher nos materiais destinados às mulheres gestantes e nos materiais destinados às mulheres em geral. Ainda em alguns dos materiais para as mulheres em geral já é possível identificar uma abordagem integral do cuidado à saúde da mulher. Nota-se, nos materiais, a preocupação em abordar os contextos de vulnerabilidade em que muitas mulheres se encontram e que podem fazer com que estas se tornem mais susceptíveis à infecção pelo HIV, tais como: dificuldade de acesso à informação, educação e emprego; violência doméstica;

pobreza; preconceito racial; dificuldade do diálogo com o parceiro sobre o uso do preservativo; entre outros fatores (PONTES, 2016).

Com o intuito de formar um conjunto de materiais que pudessem representar a amostra dos 55, do ponto de vista da saturação, foram selecionados para o Grupo Focal os materiais para gestantes que apresentam a realização do pré-natal como uma responsabilidade da mulher, associando a ideia de amor materno universal; assim como aqueles que enfatizam a testagem para sífilis e HIV como um direito da mãe e do bebê. Em relação à raridade, foi selecionado um material que apresenta a mulher gestante através de caricaturas e desenhos; um folheto que mostra a imagem de uma mulher negra com seu bebê (nos materiais para as gestantes, apenas três apresentam mulheres negras) e um folheto que tem como tema central a amamentação. Também foi selecionado um folheto produzido pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, tendo em vista que o estudo foi realizado dentro de um serviço de saúde deste município. Desta seleção, resultaram 11 materiais: dois cartazes, sete folhetos, uma cartilha e um panfleto.

Visando conhecer a produção atual de materiais educativos sobre IST/Aids para gestantes, foi realizada uma busca exploratória no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde¹³. Na ocasião da busca, verificou-se que estavam disponíveis campanhas produzidas pelo Ministério da Saúde referentes aos anos de 1998 a 2018. Foi possível visualizar os arquivos das campanhas além da descrição, objetivo, do público, período e meios de veiculação. Entretanto, essas informações não se encontravam sistematizadas. Algumas campanhas apresentavam todos esses dados enquanto outras exibiam apenas o público, por exemplo.

Foram identificados 11 materiais educativos direcionados às gestantes. Com o propósito de identificar se os materiais produzidos nos últimos anos geram alguma mudança na forma como as gestantes recebem, interagem e ressignificam as mensagens em relação aos materiais produzidos em anos anteriores, foram selecionados dois materiais sobre HIV e um sobre sífilis, produzidos nos anos de 2016 e 2017.

Desse modo, no Grupo Focal foram apresentados 14 materiais, listados a seguir:

¹³ Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br>>. Acesso em ago. de 2018.

Quadro 2 – Materiais para discussão no Grupo Focal¹⁴

Cartazes	Mãe, proteja seu bebê da Aids (BRASIL, entre 1995 e 2002).
	Você tem que passar amor e carinho para ele. Não o vírus da Aids (BRASÍLIA, entre 1995 e 2002).
Folhetos	Amor materno (BAHIA, entre 2003 e 2011).
	Amamentação (GOIÁS, entre 2003 e 2011).
	Proteger o seu bebê contra a Aids é mais do que um dever. É um direito (BRASIL, entre 1995 e 2002).
	Sífilis congênita (SANTO ANTÔNIO DE JESUS, entre 2006 e 2007).
	Sífilis na gravidez: proteja seu bebê desta doença (RIO DE JANEIRO, entre 1995 e 2002).
	Veja aqui como garantir um futuro com saúde para você e seu filho (BRASIL, entre 2003 e 2011).
	Você sabe o que é sífilis? (SERGIPE, entre 2015 e 2016).
Cartilha	Aids e sífilis na gravidez (VITÓRIA DA CONQUISTA, entre 1997 e 2004).
Panfletos	Aids. Escolha sua forma de prevenção (BRASIL, 2016).
	Exija o teste para Aids e sífilis no pré-natal: é um direito seu e do bebê (BRASIL, 2004).
	Júlia fez o teste de sífilis logo no início do pré-natal. Fábio também (BRASIL, 2016).
	Vamos Combinar? (BRASIL, 2017).

Fonte: A autora (2019).

¹⁴ Considerando a falta da data de produção nos materiais, utilizou-se um período aproximado, por exemplo: (entre 1995 e 2002).

4 PRODUÇÃO DE DISCURSOS SOBRE IST/AIDS: ANÁLISE DE MATERIAIS PARA GESTANTES

Nesta seção, são descritos alguns aspectos relativos ao contexto de produção de 14 materiais educativos sobre IST/Aids que integram o estudo de recepção com gestantes atendidas em um serviço da Atenção Básica do Rio de Janeiro. Nesta análise demonstra-se como as mensagens (imagem/texto) dos materiais integram o dispositivo da enunciação¹⁵ e ancoram o modo como a imagem do enunciador (produtor-emissor), destinatário (receptor) e do referente (cena enunciativa) são construídas. Neste sentido, o que se busca é tecer os elementos empíricos que compõem as mensagens propostas nestes materiais, tendo em vista não só os elementos textuais, mas também sua articulação com o contexto social em que as peças sobre IST/Aids circulam.

4.1 Elementos do contexto de produção

De acordo com Orlandi (2005), nesse tipo de análise se levam em conta as condições de produção do discurso no sentido restrito e amplo. O primeiro está relacionado ao lugar e o momento da produção/divulgação de determinada mensagem. Já o segundo, diz respeito ao contexto sócio-histórico e ideológico em que determinados discursos ganham força no imaginário social, ou seja, o contexto amplo se refere ao modo como as relações de poder são construídas em nossa sociedade.

Desta forma, na análise dos 14 materiais educativos correlacionaram-se os elementos do contexto de produção restrito (as instituições produtoras, os formatos dos materiais, a data de sua elaboração e possibilidades de circulação) e amplo (gestão político-partidária, políticas de controle do HIV/Aids), presentes nos discursos da prevenção sobre HIV, em especial, sobre a transmissão vertical.

No que se refere ao contexto restrito, primeiramente, foram classificados os formatos dos 14 materiais, sendo encontrados dois cartazes, sete folhetos, uma cartilha e quatro panfletos. Em seguida foram categorizadas as instituições produtoras, a partir da presença de logos e do nome da entidade citada nos materiais. Do conjunto de 14 materiais, sete materiais foram elaborados pelo Ministério da Saúde; dois pelas Secretarias Municipais de Saúde da

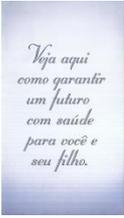
¹⁵A enunciação é constituída pelas maneiras de mostrar e dizer determinado assunto. Verón (2004) desenvolve o dispositivo da enunciação sob três aspectos: a imagem do enunciador, que se refere ao lugar que este atribui a si mesmo; a imagem do destinatário, aquilo que o enunciador constrói como seu destinatário; e a relação entre enunciador e destinatário: “La relación entre el enunciador y el destinatario que se propone en el discurso y a través del discurso” (VERON, 2004, p. 173).

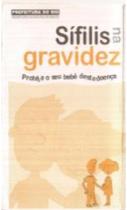
Prefeitura de Santo Antônio de Jesus (BA) e da Prefeitura do Rio de Janeiro (RJ), respectivamente; e cinco materiais resultaram de parceria interinstitucional, envolvendo o Ministério da Saúde, a Gerência de DST/Aids do Distrito Federal, as Secretarias Estaduais de Saúde de Goiás, Bahia e Sergipe, e a Secretaria Municipal de Saúde de Vitória da Conquista.

No quesito referente à data de produção, apenas a cartilha *Aids e Sífilis na gravidez* (CTL49), produzida pela prefeitura de Vitória da Conquista, apresenta esta informação, citando o período da gestão do governo de 1997 a 2004. Nos demais materiais, não há qualquer referência ao ano. No quadro abaixo são descritos os elementos do contexto de produção (restritos e amplos) dos 14 materiais educativos:

Quadro 3 – Elementos do contexto de produção

Material educativo	Instituição produtora	Período de produção	Contexto de produção
 Folheto - FOL 43	Ministério da Saúde	1995-2002 Gestão FHC – PSDB	<ul style="list-style-type: none"> - Implementação da TARV no SUS; - Feminização da epidemia; - Debate sobre integralidade do cuidado à saúde da mulher.
 Cartaz - CTZ 19	Ministério da Saúde (PN-DST/Aids; Programa Brasil em Ação)		
 Cartilha - CTL49	Ministério da Saúde (Coordenação Nacional de DST/Aids; SMS; Coordenação Municipal DST/Aids; Centro de Referência DST/Aids)		

 <p>Panfleto - PAN11</p>	<p>Ministério da Saúde</p>		
 <p>Folheto - FOL36</p>	<p>Ministério da Saúde</p>		
 <p>Folheto- FOL157</p>	<p>Ministério da Saúde (Secretaria Estadual de Saúde da Bahia)</p>		<p>- Correlação entre vulnerabilidade social e a epidemia de HIV/Aids;</p>
 <p>Folheto- FOL128</p>	<p>Ministério da Saúde (Secretaria Estadual de Saúde de Goiás; Superintendência de Políticas de Atenção Integral à Saúde DST-Aids Goiás; Área Técnica de Saúde da Criança)</p>	<p>2003-2011 Gestão Lula – PT</p>	<p>- Atenção à saúde da população negra. Reconhecimento da variável “raça” como fator de vulnerabilidade ao HIV/Aids;</p> <p>- Intersetorialidade nas ações de prevenção.</p>
 <p>Folheto - FOL87</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus - BA (CTA-SAE Viva Vida)</p>		

 <p>Folheto- FOL202</p>	<p>Ministério da Saúde (Secretaria Estadual de Saúde do Sergipe)</p>	<p>2011-2016 Gestão Dilma – PT</p>	<p>-Aumento dos casos de sífilis em gestantes; -Ações de prevenção envolvendo os parceiros.</p>
 <p>Panfleto - PAN61</p>  <p>Panfleto-PAN60</p>  <p>Panfleto-PAN62</p>	<p>Ministério da Saúde Ministério da Saúde Ministério da Saúde</p>	<p>2016 -2017 Gestão Temer – PMDB</p>	<p>- Foco na testagem e no TcP (Tratamento como Prevenção); - Retomada do discurso de risco para as chamadas populações-chave; - Oferta de um leque de opções preventivas.</p>
 <p>Folheto - FOL99</p>	<p>Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro</p>	<p>Sem referência no material</p>	
 <p>Cartaz - CTZ 21</p>	<p>Ministério da Saúde (Secretaria de Saúde do Distrito Federal; Gerência de DST/Aids)</p>	<p>Sem referência no material</p>	

Fonte: A autora (2019)

Tendo em vista a falta de informação sobre o período de produção dos materiais, buscou-se identificar a logo presente nos materiais no intuito de correlacionar o contexto mais amplo da produção dos materiais. Ou seja, por meio da logo foi possível localizar a gestão do governo federal, estadual ou municipal e correlacionar com as diretrizes de prevenção elaboradas pelo governo, ao longo de duas décadas. Por exemplo, a logo “Pátria Educadora” refere-se ao segundo mandato do governo de Dilma Rousseff. A partir deste procedimento

foram encontrados cinco folhetos (FOL43, FOL 36, FOL, 128, FOL157 e FOL202) e quatro panfletos (PAN11, PAN60, PAN 61 e PAN62) com a logo do Ministério da Saúde¹⁶.

Entre os anos de 1995 a 2003, durante a gestão de Fernando Henrique Cardoso, do PSDB, foram encontrados dois materiais: o folheto – *Proteger o seu bebê contra a AIDS é mais do que um dever. É um direito* (grifo nosso, FOL43); e o cartaz – *Mãe, proteja seu bebê da Aids* (grifo nosso; CTZ19)¹⁷. A ideia de que **proteger** a vida é um **dever** e ao mesmo tempo um **direito** representa, em linhas gerais, que a prevenção da transmissão vertical do HIV se coloca no campo discursivo como mais um fator a ser enfrentado na epidemia de HIV/Aids, sendo a gestante a protagonista desse processo. O cartaz (CTZ19) associa a redução dos riscos de transmissão vertical do HIV à testagem no pré-natal: “Se o resultado for positivo, o tratamento pode reduzir muito o risco do seu bebê nascer infectado pelo vírus da aids” (BRASIL, entre 1995 e 2002).

Cabe esclarecer que, no cenário nacional, a partir dos anos 1990, crescia o número de casos de HIV/Aids entre a população feminina, sendo esta uma das mudanças no perfil epidemiológico da epidemia. Relatórios oficiais sinalizavam o processo de feminização, interiorização e pauperização da epidemia (BRASIL, 1999). Como parte da política de enfrentamento do HIV/Aids, o governo introduziu no SUS a oferta do Zidovudina (AZT) para o tratamento de gestantes infectadas por HIV (durante a gestação, parto e após o nascimento) e a Terapia Antirretroviral (TARV) para os demais usuários (BARROS *et al.*, 2012). Ressalta-se que o uso da TARV resultou na diminuição dos índices de mortalidade e no aumento de sobrevivência dos casos de Aids (BRITO *et al.*, 2000).

No período de 2003 a 2016, o Partido dos Trabalhadores (PT) assume a liderança política do país. Durante os dois períodos da gestão do presidente Luís Inácio Lula da Silva, ocorrida entre os anos de 2003 a 2011, foram identificadas campanhas sobre prevenção das IST/Aids¹⁸, sendo encontrados 4 materiais: o panfleto *Exija o teste para aids e sífilis no pré-natal. É um direito seu e do seu bebê* (PAN11) que integrava a campanha “Transmissão

¹⁶ Três materiais (FOL99, FOL87 e CTZ21) não possuem logo do governo federal. São produções estaduais/distritais – Distrito Federal – e municipais – Santo Antônio de Jesus (BA) e Rio de Janeiro (RJ). Foi realizado contato via telefone e *e-mail* com as respectivas secretarias de saúde, visando identificar o ano de produção dos materiais. Obteve-se resposta apenas via telefone da secretaria de Santo Antônio de Jesus, que informou a produção do material entre os anos de 2007 e 2008.

¹⁷ Este cartaz é o único material que faz referência a um programa governamental, o Programa Brasil em Ação, implantado pelo governo em 1996 em parceria com entidades privadas. O programa abrigava empreendimentos relativos à saúde, moradia, trabalho e renda, entre outros, incluindo o PRMI (Programa de Redução da Mortalidade Infantil). Fonte: <<http://www.fazenda.gov.br/noticias/1998/r980901anx3>>. Acesso em jun.2018.

¹⁸ Busca realizada no site do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Disponível em: www.aids.gov.br. Acesso em ago.2018.

Vertical do HIV e da Sífilis”, veiculada no ano de 2004; os folhetos: *Veja como garantir um futuro com saúde para você e seu filho*; *Amor materno*; e *Amamentação* (FOL36, FOL157 e FOL128, respectivamente).

No Plano Estratégico do então chamado Programa Nacional de DST e Aids, divulgado em 2005, a intersectorialidade foi amplamente discutida entre as esferas do governo e entidades da sociedade civil, como uma das ações necessárias para o alcance das metas de redução dos casos de HIV/Aids entre as populações vulneráveis. Vale destacar o caráter inclusivo que marca a gestão Lula, como demonstra o Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia da Aids e outras DST, proposto no ano de 2007, que elucida a relação entre os fatores socioeconômicos e culturais com o aumento da epidemia entre as mulheres, anunciando a necessidade de buscar “...o enfrentamento das múltiplas vulnerabilidades que contribuem para que as mulheres brasileiras estejam mais suscetíveis à infecção pelo vírus HIV e a outras doenças sexualmente transmissíveis” (BRASIL, 2007, p. 7).

Também, neste governo, as ações de combate às desigualdades sociais relativas à raça se tornaram mais visíveis com a criação da Secretaria Especial de Promoção de Políticas de Igualdade Racial (SEPPIR). Em 2004, foi realizado o 1º Seminário Nacional de Saúde da População Negra e criado o Comitê Técnico de Saúde da População Negra, onde foi configurado, assim, “[...] um novo momento político, em que os desafios para a superação dos diversos fatores que tornam a população negra mais vulnerável aos agravos à saúde passarão a ser enfrentados de modo mais articulado” (FIGUEROA, 2004, p 42).

Como expressão desta intencionalidade, nota-se que os marcadores de raça/gênero são elementos incorporados a comunicação sobre a prevenção IST/Aids. O panfleto PAN11, traz como personagem central uma mulher negra segurando seu bebê, com este recurso, fica claro que a diversidade de gênero e racial está na base da interação com a gestante. Observa-se que entre os 14 materiais analisados, este é o único que destaca a população de mulheres negras.

Entre 2011 a 2016, a presidenta Dilma Rousseff, do PT, esteve à frente da gestão do país. Foi possível identificar que o folheto *Você sabe o que é sífilis?* (FOL202) foi produzido durante essa gestão. Da mesma forma, foi identificado que os panfletos *Aids. Escolha sua forma de prevenção* (PAN60); *Júlia fez o teste de sífilis logo no início do pré-natal. Fábio também* (PAN61); e *Vamos combinar?* (PAN62)¹⁹ foram produzidos nos anos de 2016 e 2017, no período em que o vice-presidente Michel Temer, do PMDB, assumiu a presidência da república.

No que diz respeito à sífilis, ela volta a ser o alvo de atenção das ações de prevenção, tendo em vista que nos últimos cinco anos observou-se o aumento de casos de sífilis em gestantes, especialmente em alguns estados como o Rio de Janeiro, Espírito Santo, Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul. A taxa de incidência de casos de sífilis congênita no país chegou a 6,8 por mil nascidos vivos em 2016. Em 2006, essa taxa era de 2,0 (BRASIL, 2017). Neste cenário, a intervenção do governo preconiza que não apenas as gestantes façam o teste para a sífilis, mas inclui o parceiro na estratégia de prevenção.

Em termos de HIV/AIDS, a política seguida é a de Testar e Tratar, segundo as diretrizes globais de resposta à Aids, sendo também preconizada a Prevenção Combinada, com ações dirigidas principalmente para populações com maior prevalência do HIV, denominadas “populações-chave”²⁰. A Prevenção Combinada visa articular a oferta de intervenções de prevenção já utilizadas, como o preservativo, com o Tratamento como Prevenção (TcP) e as profilaxias pós e pré-exposição (PEP; PrEP). A implementação da PrEP é mais recente, tendo sido incorporada no SUS ao final de 2017 em vários estados. Isto está veiculado em dois dos panfletos citados acima, sendo apresentadas mensagens que divulgam os diferentes métodos de prevenção.

¹⁹ Em consulta ao site do Departamento de Vigilância, Controle e Prevenção das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), foi possível identificar que este material integra as peças da Campanha do dia Mundial de Luta contra a Aids, veiculada em 2017. Cabe assinalar que, em agosto de 2016, ocorreu no Brasil o *impeachment* da presidenta Dilma Rousseff e o então vice-presidente Michel Temer assumiu a presidência. Durante a sua administração algumas campanhas foram suspensas, indicando um retrocesso em relação às políticas públicas de gênero e sexualidade, em campos como direitos reprodutivos, educação em saúde sexual e HIV/Aids (CORRÊA, 2016).

²⁰ População-chave se refere aos segmentos populacionais mais vulneráveis ao HIV e com prevalência superior à média nacional, de 0,4%, como *gays* e outros HSH, pessoas trans, pessoas que usam álcool e outras drogas, pessoas privadas de liberdade e trabalhadoras(es) sexuais.

4.2 O dispositivo de enunciação

Do ponto de vista dos elementos do contexto de produção, nesta seção, apresenta-se a análise do dispositivo de enunciação quer seja, a imagem do enunciador (emissor-produtor), a imagem do destinatário e os elementos da cena enunciativa. De acordo com Pinto (1999), existem três funções básicas em um texto comunicativo que operam através da “linguagem verbal e outros sistemas semióticos (como as imagens)” (p. 61), quais sejam: função de mostração, função de interação e função de sedução. A primeira constrói o referente do qual o texto fala; a segunda utiliza hierarquias sociais – reforçando-as ou modificando-as – com a intenção de captar o receptor; e a terceira atribui valores positivos ou negativos a determinado objeto, indivíduo ou a um momento, de acordo com o universo do leitor.

4.2.1 O enunciador e seu lugar de interlocução

Nos materiais sobre IST/Aids examina-se que a interação entre enunciador e destinatário tem como base a hierarquia entre os sujeitos no processo comunicativo. O emissor-produtor, ao construir a imagem do enunciador, reporta-se à operação de mostração para delinear a maneira como o enunciador vai se posicionar diante do outro. Como Pinto (1999) afirma:

A mostração consiste em designar e descrever as coisas ou pessoas de que se fala, estabelecendo relações entre elas e localizando-as no tempo e no espaço, sempre em relação ao que o receptor supostamente conheceria deste universo em pauta. O problema central que todo emissor resolve ao construir o universo de discurso em jogo é assim o de marcar a fronteira entre os conhecimentos que assume, os que compartilha com o receptor ou os que a ele atribui, a respeito deste universo. Esta distribuição é parte essencial da constituição do enunciador e do coenunciador em qualquer texto (PINTO, 1999, p. 62).

A partir desse olhar, nos materiais analisados, o enunciador se coloca no lugar de quem tem o poder sobre a informação, e assume a responsabilidade de levar “todo” o conhecimento sobre a temática anunciada para o leitor. São vários os recursos para mostrar tal intenção, um deles é disponibilizar os diversos canais de comunicação existentes na rede de saúde, de modo que o destinatário se mobilize para conhecer os serviços do SUS - “Para saber onde fazer o teste procure a Secretaria de Saúde ou ligue para o Disque Saúde/Pergunte Aids[...]” (BRASIL, entre 1995 e 2002).

Entre os materiais produzidos no período de 1995 a 2015 estão indicados os telefones e endereços de centros de saúde para o destinatário obter *mais informações* sobre o teste para IST/Aids durante o pré-natal ou atendimento do HIV/Aids (FOL43; PAN11; FOL36; CTZ21; FOL157; FOL128; FOL87; FOL99; FOL202). Já nos materiais produzidos nos anos de 2016 e 2017, foram referidas as redes sociais do Ministério da Saúde *Instagram, Twitter, Facebook e Youtube* como canais de atendimento (PAN60; PAN61; PAN62).

Outra operação que demarca o lugar do enunciador, como aquele que tem o poder de fala, é o emprego da antítese ignorância/ciência no diálogo estabelecido com o leitor. As frases mostram como esse procedimento é feito: “Tudo o que você precisa saber para proteger o seu filho”; “Agora você já sabe que a Aids não precisa passar de mãe para filho” (VITÓRIA DA CONQUISTA, entre 1997 e 2004); “O que você precisa saber para o seu filho nascer saudável” (BRASIL, entre 2003 e 2001). O modo coloquial de se dirigir à gestante, utilizando-se do pronome *você*, mostra a intenção de considerar a gestante como um sujeito ativo na busca de informação. Contudo, vê-se que as expressões *precisa saber* e *agora você já sabe* deixam subentendido que a gestante não tem nenhum tipo de conhecimento sobre a prevenção da transmissão vertical de Aids e sífilis.

Outra maneira de enfatizar essa antítese é pelo uso corrente de perguntas e respostas para explicar a(s) doença(s), as formas de transmissão e prevenção, como por exemplo: “O que é sífilis e aids?”. Essa e outras variações da lógica pedagógica/explicativa aparece em nove dos 14 materiais analisados, como indicado adiante: “A aids e sífilis são doenças que atingem principalmente pessoas com vida sexual ativa. E podem ser passadas para o bebê durante a gravidez”. (BRASIL, 2004). O folheto FOL157 apresenta o texto em uma das páginas em modelo de carta para a “Futura mamãe” (BAHIA, entre 2003 e 2011), indicando a tentativa de maior proximidade na interação com a gestante. Com estes recursos o enunciador, ao mesmo tempo, estabelece o seu lugar de fala no diálogo com a mulher e suscita maior legitimidade e credibilidade na comunicação sobre o tema, sendo esta uma tendência na produção de materiais educativos por parte das entidades governamentais (PITTA, 1998; PAZ, 2007; KELLY-SANTOS, 2009).

4.2.2 O destinatário: mulher-gestante-mãe-protetora

A imagem do destinatário é outro elemento que integra o dispositivo da enunciação, dado que, através dela, é possível averiguar a relação entre emissor-receptor instituída na

comunicação proposta (VERON, 2004). Nos materiais analisados, a imagem do destinatário é construída por meio da representação da mulher-gestante e da mulher-mãe. Em ambos os casos, o emissor-produtor pressupõe o letramento por parte das destinatárias, buscando a interlocução com mulheres adultas que desejam ser mãe ou estão cientes de sua gravidez. Para essa aproximação é recorrente o uso de fotografias de gestantes em estado avançado da gravidez, ora representadas de corpo inteiro, ora apenas pela foto da barriga. Nessas cenas a mulher-gestante aparece acariciando o ventre com suas mãos. Já a concepção de mulher-mãe é criada por meio de fotos de uma mulher segurando o bebê recém-nascido.

No folheto *Veja aqui como garantir um futuro com saúde para você e seu filho* (BRASIL, entre 2003 e 2011), observa-se que o modo como a sequência de imagens é apresentada constrói a ideia da mulher-gestante como mãe e única responsável pela proteção/cuidado com o bebê, desde o ventre até o seu nascimento. Tal representação ratifica a concepção de gênero tradicional relativa ao papel social da mulher vinculado à reprodução sexual, onde a mulher é vista como aquela que se dedica à esfera privada – representada pelo lar, o marido e os filhos – enquanto o homem se encontra nas tarefas da vida pública (ROHDEN, 2001).

Figura 1 – Veja aqui como garantir um futuro com saúde para você e seu filho



Fonte: BRASIL [entre 2003 e 2011].

Nos materiais CTL49 e FOL43, a vinculação *mãe-protetora da vida*, novamente, aparece como principal elemento de representação da gestante. Considera-se que a reafirmação desses sentidos encontra ressonância em outros espaços do cotidiano em nossa cultura. Por exemplo, nas campanhas de preservação do meio ambiente é frequente o uso de imagens de mãos circulando o globo terrestre, evocando a cena de cuidado/proteção da vida na Terra.

Figura 2 – Proteger o seu bebê contra a aids é mais do que um dever. É um direito.



Fonte: BRASIL [entre 1995 e 2002].

A mulher – vista como aquela que dá a vida – é culturalmente relacionada a aspectos como *amor, cuidado, proteção*. Assim, expectativas sociais são construídas em torno dessa concepção, cujos significados políticos destinam diferentes espaços sociais a serem ocupados por homens e mulheres (SCHIEBINGER, 2001). No campo da saúde, o cuidado com a saúde da criança se insere no universo da mulher como uma tarefa que lhe é inerente, dado o seu papel na esfera social. No folheto FOL43, o controle sobre o corpo da gestante é ratificado; a ela pertence o poder sobre a vida e a morte do bebê. Contudo, essa ideia, em última instância, retorna para a leitora a partir da conotação de *cuidado* e ao mesmo tempo como um elemento da semiose do *amor universal da mulher-mãe*:

A gravidez é um momento de preparação. São nove meses de muitos cuidados para garantir a sua saúde e a do bebê que vai nascer. Você precisa cuidar da alimentação e fazer alguns exames importantes. **Um deles é o teste de aids.**[...]Por isso, exija o teste de aids quando fizer o pré-natal. Você vai estar defendendo o direito de o seu bebê nascer com saúde. E isso, a gente sabe, é o que toda futura mamãe quer para o seu filho (BRASIL, entre 1995 e 2002).

Seguindo esta linha, a associação dos discursos mãe-protetora e criança pura-inocente retoma o preceito moral de que a mãe boa é aquela que não transmite a sífilis ou o HIV para o bebê. Sutilmente, a ideia de pureza é vinculada à de proteção, assim como o impuro está para a doença. Essa associação é reeditada na memória coletiva, sendo as doenças/infecções sexualmente transmissíveis atreladas à promiscuidade e às práticas sexuais desviantes (CARRARA, 1996). É parte dessa memória a concepção de uma conjugalidade monogâmica, sendo a mulher, muitas vezes, considerada uma vítima dos comportamentos desregrados do homem-esposo.

Pondera-se que os valores da moral sexual perduram em nossa sociedade, sendo este um dos tecidos sobre o qual as políticas de prevenção de IST/Aids são desenhadas. Como por

exemplo, durante a década de 1990, o governo estabeleceu como medida de prevenção ao grupo de mulheres a “redução do número de parceiros, de parceiros concomitantes e adiamento da primeira relação sexual” (BRASIL. 1999, p.21). Assim, normas de gênero são delineadas nas políticas de enfrentamento das IST/Aids, mesmo nos dias atuais, como nas ações de prevenção e diagnóstico voltadas para gestantes e profissionais do sexo. No âmbito da comunicação, faz-se necessária atenção a aspectos sociais como baixa escolaridade, precária inserção no mercado de trabalho, ocorrência de violência física, que são sinalizados como fatores presentes no perfil de mulheres que vivem com HIV/Aids (VILLELA; BARBOSA, 2017; MONTEIRO *et al.*, 2016).

Efeitos de raridade na definição do destinatário

Mulher como sujeito autônomo

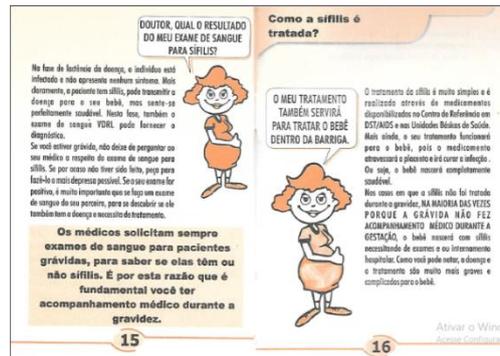
Nos discursos sobre a prevenção da transmissão vertical do HIV, apesar de sobressaírem os sentidos da mulher-mãe-protetora, existem mensagens que afirmam o protagonismo da mulher como sujeito de suas escolhas e com autonomia sobre seu corpo. Ilustra esse ponto de vista o enunciado no folheto FOL157: “[...] é importante o uso do preservativo (camisinha) em todas as relações sexuais, durante e após a gravidez”. (BAHIA, entre 2003 e 2011). Tais dados sugerem que um material, por vezes, contempla visões diversas e até contraditórias.

Na análise do dispositivo de enunciação, a afirmativa da autonomia da mulher é um atributo estimado na interação proposta. Nas mensagens a seguir (FOL36 e PAN11), a gestante é retratada como um sujeito ativo na busca de conhecimento sobre a prevenção:

“O que é sífilis e aids?
Mas se eu tiver essas doenças, o meu filho pode nascer saudável?
O que acontece se eu não tratar a sífilis durante a gravidez?
Mas, se eu não tiver feito o pré-natal no início da gravidez, não posso mais fazer o acompanhamento?”(BRASIL, entre 2003 e 2011).

Nesta mesma lógica, o emissor, usa o recurso gráfico de balões contendo mensagens e mostra o destinatário pensando sobre elas, deste modo, é demandado do leitor uma posição ativa na enunciação.

Figura 3 – Aids e sífilis na gravidez



Fonte: VITÓRIA DA CONQUISTA [entre 1997 e 2004].

Também é proposta a antítese autonomia/responsabilização da mulher frente à testagem no pré-natal, expressa na frase “A decisão de fazer o teste de Aids é sua, mas dessa decisão pode depender a vida do seu filho” (BRASIL, entre 1995 e 2002). Esta mensagem, inicialmente, poderia mobilizar a autonomia da mulher em relação às decisões sobre seu corpo e sua saúde, mas acaba por vivificar o pressuposto da responsabilização da mulher pela prevenção da transmissão vertical. A individualidade da mulher é acionada pois, como assinalado no folheto FOL36, a mulher deve “fazer o pré-natal”, “pedir os exames de Aids e sífilis”, “pegar os resultados”, “conversar com o médico” e, por fim, “fazer o tratamento” (BRASIL, entre 2003 e 2011).

Diversidade étnico-racial

Outro elemento de raridade discursiva, identificado na construção da imagem do destinatário, refere-se à inclusão do tema da diversidade étnico-racial. O panfleto PAN11 é o único material que traz como ícone de representação a fotografia de uma mulher negra. Essa intencionalidade é descrita na campanha de prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, veiculada no ano de 2004, que utilizou “[...] como modelos mulheres e bebês de diferentes etnias para contemplar a variedade racial do país e facilitar a capacidade de identificação do público-alvo com a mensagem” (BRASIL, 2004).

Figura 4 – Exija o teste para aids e sífilis no pré-natal. É um direito seu e do seu bebê.



Fonte: BRASIL, 2004.

Maio e Monteiro (2005) abordam o cenário, entre os anos de 1996 e 2004, que impulsionou a implementação de políticas de ação afirmativa no Brasil. Segundo os autores, durante o governo FHC, as discussões sobre o tema ganharam relevância política com a participação de ONGs vinculadas ao movimento negro, cientistas e atores mobilizados em prol da justiça social. Entre os fatores de vulnerabilidade para as mulheres, a questão da raça/cor é um marcador que orientou aplicabilidade de políticas específicas para a população negra; contudo, estas ficaram restritas ao Programa de Anemia Falciforme (PAF) e ao Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN), implementados em 1995 e 2001, respectivamente.

A presença dessa temática nos materiais sobre IST/Aids pode, em parte, ser compreendida pelo lugar e visibilidade que esse assunto ocupou na agenda política nas últimas décadas, sendo destacada a criação do campo “saúde da população negra”. Em relação ao enfrentamento do HIV/Aids entre a população negra, houve um incentivo ao desenvolvimento de estudos que investigassem as relações entre raça e saúde, observadas as condições sociais, econômicas e culturais da população. Ainda nessa direção, entre as ações propostas, estava a produção de materiais educativos em saúde que contemplassem a questão racial (MAIO; MONTEIRO, 2004).

O homem como codestinatário

Cabe assinalar que, em nove dos 14 materiais analisados, a figura do homem-pai está presente na construção da imagem do destinatário, mesmo que seja de forma implícita. A interação proposta parece ter como finalidade chamar atenção para a responsabilidade do homem-pai no cuidado com a saúde da mulher durante a gestação, sendo o foco principal a boa saúde do bebê. Como parte deste cuidado, ele é convocado a fazer o teste para sífilis e HIV.

No folheto *Veja aqui como garantir um futuro com saúde para você e seu filho* (FOL36) não está claro se o material se destina somente à mulher-gestante. O enunciado “[...]”

seu filho” pode ser apropriado tanto para a mulher quanto para o homem. A proposta do destinatário aparece descrita no interior do material, sendo as mensagens (texto/imagem) direcionadas, exclusivamente, para a gestante, como ilustra o enunciado: “Se precisar, fazer o tratamento. Ele é gratuito para você, seu companheiro e o bebê” (BRASIL, entre 2003 e 2011).

Observa-se esse mesmo processo no folheto *Sífilis na gravidez* (FOL99). Na capa, a proposta de leitura evocada é a de um casal heterossexual conversando, indicando que o material se destina tanto à mulher-gestante como ao homem (parceiro). Essa operação é reforçada pelo subtítulo “Proteja o seu bebê desta doença”.

Figura 5 – Sífilis na gravidez (capa e interior)



Fonte: RIO DE JANEIRO [entre 1995 e 2002].

Embora seja possível reconhecer que o emissor busque incluir o homem na comunicação proposta, ao abrir o folheto se observa uma quebra no contrato de leitura, ficando evidente a centralidade da figura da mulher-gestante como a destinatária principal do material. Isto pode ser averiguado nas imagens, em que a figura da mulher aparece sutilmente em destaque em relação ao homem e no texto no interior do material: “No pré-natal, pergunte ao profissional de saúde o resultado do exame de sangue para sífilis. Se for positivo, é muito importante que o seu parceiro também faça o exame de sangue para saber se ele também tem a doença e precisa de tratamento” (RIO DE JANEIRO, entre 1995 e 2002). Assim, fica nítido que a mulher-gestante é o sujeito da ação.

Essa quebra de contrato de leitura é explicitada no modo como os enunciados são propostos. Se num primeiro momento a figura do homem é incluída na interlocução, no segundo ela torna-se secundária ou até mesmo excluída. Este tipo de recurso na produção de um texto comunicativo pode ter como função encobrir alguns discursos pré-estabelecidos em nossa cultura como, por exemplo, a vinculação da transmissão da sífilis ao comportamento sexual masculino, ligado à promiscuidade e à transgressão.

Na história social da sífilis, ou seja, no campo das representações da doença, na passagem do século XIX até os anos de 1940, no Brasil, vigorava a concepção de que os homens, movidos por seus “impulsos sexuais”, seriam os responsáveis pela infecção de “[...] mulheres e crianças inocentes” (CARRARA, 1996, p. 147). Nesse contexto, as intervenções que visavam neutralizar a doença tinham como base discursos que buscavam incentivar o controle do comportamento sexual masculino. A preocupação em relação ao desenvolvimento da nação e a prevenção da transmissão de doenças entre pai-filho coloca o comportamento sexual masculino sob uma administração. Nas palavras de Carrara (2016):

[...] através de organizações estatais ou não, por técnicos que agiam em nome de uma entidade abstrata e englobante, a *nação*, e de sua saúde. Os homens deveriam aprender a controlar seus impulsos e a moldá-los às novas expectativas; ser mais moralizados e abstinentes, segundo alguns, ser apenas suficientemente continentos, segundo outros, para, resistindo ao arrebatamento das paixões, exercitarem-se sexualmente em condições medicamente definidas como seguras (CARRARA, 1996, p. 292).

No panfleto PAN61 sobre a prevenção da sífilis congênita, produzido pelo Ministério da Saúde em 2016, nota-se uma mudança no modo de construir a imagem do destinatário. O enunciador busca estabelecer uma horizontalidade nos papéis propostos para o homem e para a mulher, sendo ambos tratados como sujeitos ativos na busca pelo exame da sífilis durante o pré-natal. Essa imagem está vinculada a ideia de cumplicidade do casal na prevenção da doença. Ambos são representados demonstrando afeto e cuidado um pelo outro, como se pode observar na figura 6:

Figura 6 – Júlia fez o teste de sífilis logo no início do pré-natal. Fábio também.



Fonte: BRASIL, 2016

É importante ressaltar a incorporação da figura do pai nos materiais mais recentes, não apenas como apoio, mas como um ator na prevenção da transmissão vertical. Tal mudança

pode ser atribuída aos avanços no enfrentamento das desigualdades de gênero nas últimas décadas. Fazem parte desses avanços as discussões sobre a importância de se caminhar em relação ao reconhecimento da mulher como um ser autônomo, dotado de desejos e vontades.

4.2.3 Sífilis e HIV/Aids: significações e modos de comunicar

A análise do dispositivo de enunciação descrita até aqui, mostrou que os conhecimentos das áreas biomédicas e da saúde pública integram o universo de referência dos discursos da prevenção das IST/Aids²¹. Deste ponto de partida, a partir de estudos de Kelly Santos *et al.* (2010), procura-se indicar os aspectos relativos à forma (diagramação) e ao modo como os temas são abordados nos materiais. Em termos da diagramação, observa-se coerência e correspondência entre texto e imagem, o uso de fontes de diferentes cores e tamanhos. Tabelas e gráficos não foram encontrados nos materiais.

As mensagens são apresentadas por meio de frases curtas, com emprego do modo verbal imperativo ou através de perguntas e respostas. Os materiais seguem a lógica pedagógica e prescritiva. É frequente, no repertório escolhido, a utilização de expressões/palavras e siglas próprias ao saber biomédico e da saúde pública. Os assuntos são hierarquizados por meio de títulos e subtítulos com fonte em tamanho e cores diferentes.

Em relação ao uso das siglas, foram identificadas: Aids, HIV, AZT, VDRL, HBsAg e PEP. Somente a cartilha CTL49 explica o que significa a sigla HIV: “A aids é uma doença causada por um vírus, o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana). Esse vírus ataca as defesas do organismo e faz com que a pessoa pegue doenças com mais facilidade” (VITÓRIA DA CONQUISTA, entre 1997 e 2004). Em relação ao AZT, é referido apenas na cartilha CTL49 que se trata de um remédio que a gestante HIV positiva utilizará durante a gestação e no momento do parto. O VDRL e o HBsAg são referidos para diagnóstico da sífilis e da hepatite B no folheto FOL157.

De acordo com Araújo (2006), o emprego de siglas em materiais sobre saúde é desaconselhável, dada a pouca familiaridade do leitor com esse tipo de recurso. Segundo a autora, as siglas “[...] representam um espaço semiótico privativo de algumas pessoas ou grupos [...]”. (p. 62).

²¹ Nesse sentido, entre os 14 materiais, quatro deles abordam as duas doenças (PAN11; FOL36; FOL157; CTL49), outros cinco referem-se apenas ao tema do HIV/Aids (FOL43; FOL128; CTZ19; CTZ21; PAN 60) e os quatro restantes discorrem sobre a sífilis (FOL87; FOL99; FOL202; PAN61).

Testagem e prevenção combinada: normas de cuidado

Na delimitação dos temas, o emissor-produtor prioriza os discursos da proteção-cuidado à saúde do bebê, esclarecendo a gestante sobre seu papel na prevenção da transmissão do HIV e sífilis durante a gestação, o parto ou puerpério. Há o predomínio de mensagens que indicam a necessidade da testagem para sorologia de sífilis e HIV na gestante e no parceiro, além da prevenção combinada.

Ao abordar a prevenção da transmissão vertical das IST/Aids, as mensagens dos materiais, no geral, apresentam o esquema teste-diagnóstico-tratamento-prevenção para incentivar a procura da testagem pela gestante. Dois cartazes (CTZ19 e CTZ21) introduzem o tema da testagem e do tratamento sem, contudo, explicar e definir o que é o HIV/Aids.

Na prevenção do HIV/Aids, o foco na testagem durante o pré-natal reconfigura o cuidado à saúde da mulher no âmbito da epidemia de Aids. Para Valle (2010), o cuidado com o corpo possui significados culturais, cuja centralidade do saber biomédico nas práticas de saúde é determinante no modo como o sujeito vai significar a relação com seu corpo e sua saúde.

Entre os assuntos tematizados, a prevenção combinada ganha destaque, principalmente, nos materiais mais recentes (produzidos em 2016-2017). O panfleto PAN62 difere dos demais materiais ao trazer a mensagem sobre sexo seguro sem mencionar as IST ou HIV/Aids: “Vamos combinar? Prevenir é viver. Faça os exames pré-natal regularmente junto com seu parceiro e, seja masculina ou feminina, use sempre camisinha” (BRASIL, 2017). No panfleto *Aids. Escolha sua forma de prevenção* (PAN60), há uma abordagem mais ampla da prevenção, onde é apresentado ao leitor um leque de possibilidades:

Camisinha masculina e feminina, testagem de HIV, medicação pós-exposição (PEP), exames de HIV no pré-natal e até mesmo tratamento para evitar a transmissão e a doença. Para todo momento ou situação que você viver existe uma forma de se prevenir da aids. Ora uma, ora outra. Combine e recombine os métodos. Só não abra mão da prevenção. (BRASIL, 2016).

Nesse modo de retratar a prevenção, é atribuída ao indivíduo uma responsabilidade com sua saúde e com a saúde de suas parcerias sexuais. Discutindo sobre a prática da circuncisão masculina como estratégia de prevenção ao HIV/Aids, Knauth e Machado (2013) ressaltam que:

A legitimidade do discurso em prol de uma determinada concepção de “saúde” acaba por conformar e normatizar os corpos e os indivíduos. A recusa a esta normatização é, nesse sentido, tomada como sinônimo de irresponsabilidade e/ou ignorância e, portanto, passível de responsabilização por suas consequências [...]. Se, de um lado, a responsabilidade pela decisão é colocada para além do indivíduo, a culpabilização pela não adesão é tida como de ordem exclusivamente individual (KNAUTH; MACHADO, 2013, p. 241).

O desenvolvimento da biotecnologia trouxe importantes avanços no que se refere à qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids. Contudo, como destacado por Parker (2016), “[...] o tratamento como prevenção tem sido promovido cada vez mais como a forma mais importante de prevenção biomédica em muitos programas de prevenção do HIV” (p. 11). A centralidade das políticas de enfrentamento ao HIV/Aids nas tecnologias biomédicas traz questões que vão desde as diversas desigualdades sociais que constroem o cenário da epidemia até aspectos morais como o preconceito e a discriminação que, muitas vezes, se colocam como barreiras na obtenção do tratamento.

Kippax (2012) e Monteiro *et al.* (2017) discutem que um dos limites dessa abordagem está no fato de serem centradas em uma perspectiva individual do cuidado. É necessária a articulação de ações no nível coletivo que não responsabilizem os indivíduos, mas que trabalhem em conjunto para a redução de fatores sociais, com a baixa escolarização, pobreza, desigualdades de gênero, entre outros, que moldam a epidemia de HIV/Aids.

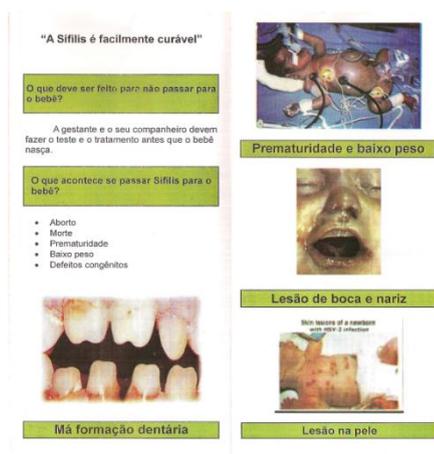
Sífilis, de quê você tem medo?

Ao comparar os materiais atuais (2016-2017) sobre prevenção da sífilis e os materiais elaborados entre o período de 1995 a 2014, observa-se que permanece a ênfase à testagem no pré-natal, incluindo o exame do parceiro; a gratuidade do tratamento pelo SUS; e a cura da doença. Contudo, nos materiais atuais, o uso do preservativo como forma de prevenção da sífilis não aparece entre as mensagens veiculadas, o destaque é dado somente para o teste.

Como descrito no referencial teórico-conceitual, o incentivo à testagem como estratégia de prevenção e a perda da centralidade do uso do preservativo tem sido priorizado nas atuais políticas de prevenção. Kippax (2012) e Monteiro *et al.* (2017) discutem as limitações dessas estratégias, salientando que a articulação com o contexto social, econômico e político, constitutiva da dinâmica de vida dos sujeitos, é fundamental para a mudança efetiva na prevenção do HIV. Segundo essa perspectiva, é preciso realizar intervenções estruturais capazes de reduzir as desigualdades sociais e de gênero que impactam na vulnerabilidade ao HIV e não se limitar à lógica teste-diagnóstico-tratamento, pela qual tem sido trabalhada a prevenção da sífilis e do HIV.

Dois folhetos sobre sífilis (FOL87; FOL202) fazem uso de imagens que remetem ao susto e ao terror, ao apresentarem recém-nascidos infectados pela sífilis congênita. De acordo com Paz (2007), as campanhas publicitárias utilizam “[...] anúncios impactantes, chocantes, facilmente memorizáveis” (p. 180).

Figura 7 – Sífilis congênita



Fonte: SANTO ANTÔNIO DE JESUS [entre 2006 e 2007].

Ayres (2002) aborda como a utilização dessas imagens em relação ao HIV/Aids não auxilia no objetivo da prevenção, mas contribui para o preconceito e a discriminação. Ainda segundo o autor, o terrorismo nas campanhas dificulta, entre os indivíduos, a identificação e associação das ações de prevenção com suas vidas cotidianas.

Temas menos frequentes

Amamentação

O tema da amamentação não é central entre os discursos da prevenção às IST/Aids nos materiais analisados. Apenas o folheto *Amamentação* (FOL128) é um dos materiais que enfatiza esse assunto. Já no subtítulo diz-se sobre a importância dessa prática (assim como nos enunciados que seguem): “Transmite amor e carinho, fortalecendo a relação entre mãe e filho” (GOIÁS, entre 2003 e 2011). Mais adiante, depois de apresentar todos os benefícios para a saúde da criança, na sequência do texto, em uma cor diferente, é posta uma questão: “A mãe HIV positiva poderá amamentar seu bebê?”. A resposta é enfática: ao dizer que a mãe HIV positiva não poderá amamentar seu filho. Ao final, o material apresenta a seguinte sentença, também em destaque: “Cuidando de sua saúde, você garante vida saudável ao seu bebê”.

Esses enunciados explicitam que o emissor tende a associar o cuidado em saúde por parte das mulheres ao exercício da maternidade. A prevenção do HIV/Aids, neste material, parece estar ligada à possibilidade de amamentação no futuro. Kalil (2016), que investigou os sentidos sobre o aleitamento materno em materiais educativos produzidos pelo Ministério da Saúde, constatou que os discursos centram-se no aleitamento como “[...] uma relação predominantemente instrumental, na qual cabe à mulher fornecer ao/à seu/sua filho/filha o melhor alimento [...]” (p.321).

A autora demonstrou que os significados do aleitamento como do desmame para a mulher, do ponto de vista psíquico e social, eram secundários entre as mensagens analisadas, imperando a visão do aleitamento como algo “natural” para a mulher na maternidade. Além disso, sinaliza que os materiais trazem a perspectiva do leite materno como o melhor alimento para a criança, sendo a mulher moralmente responsável por garantir esse fornecimento. É possível observar que os materiais sobre prevenção da transmissão vertical das IST/Aids seguem a mesma ideia: a partir de uma vinculação do cuidado a um fato biológico, como a reprodução, a mulher surge como moralmente responsável por fatores na vida da criança, como a alimentação.

Integralidade no cuidado à saúde da mulher

No Brasil, o foco das ações de saúde da mulher na saúde reprodutiva é histórico e cultural. Diversos autores demonstram como esse cuidado foi construído e como ele se reflete no cotidiano dos serviços nos dias atuais. Rohden (2001), ao fazer uma análise das teses de medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro produzidas entre 1833 e 1940, constatou, pelos temas das teses, que as mesmas procuravam estabelecer uma diferença entre os sexos em relação à sexualidade e à reprodução:

Em primeiro lugar, nota-se que a onda de progressos nas teorias e técnicas e o surgimento de novas especialidades médicas implicam uma desigualdade na atenção dedicada a cada um dos sexos. No período que cobre as últimas décadas do século XIX e o início deste, a medicina expressa uma preocupação singular com a delimitação do papel social da mulher, baseada na valorização da maternidade. O mesmo não acontece, pelo menos com a mesma intensidade, em relação ao homem (ROHDEN, 2001, p. 109).

A mesma autora sinaliza como a medicalização do corpo masculino se dá de forma oposta à do corpo feminino. Enquanto as mulheres são estudadas na sua “[...] normalidade feminina, que é potencialmente patológica” (p. 52), os homens passam a ser estudados a partir da anormalidade, daquilo que não lhe é inerente. Enquanto a andrologia trata dos problemas sexuais masculinos (CARRARA, 1996), a ginecologia se denomina como “ciência da mulher”, que coloca o corpo feminino como singular a partir da ideia de que este é destinado à reprodução (ROHDEN, 2009).

De forma geral, as mensagens dos materiais analisados inserem a mulher no serviço de saúde via cuidados reprodutivos. A menção a temas que não estão estritamente relacionados ao pré-natal é rara; com isso, outras demandas e necessidades que compõem o universo feminino

no período gestacional como, por exemplo, direitos trabalhistas e saúde mental, deixam de ser contempladas.

Apenas o folheto *Amor materno* (FOL157) cita o Programa de Planejamento Familiar: “Fique atenta para fazer o acompanhamento de saúde após o parto e o Planejamento Familiar para programar o número de filhos que deseja ter” (BAHIA, entre 2003 e 2011). O material ainda sinaliza que, mesmo fazendo uso de algum método contraceptivo, é importante o uso do preservativo para prevenção das IST. Pode-se vislumbrar a tentativa de trabalhar na lógica da integralidade do cuidado à saúde da mulher na mensagem desse material. Todavia, alguns trabalhos têm indicado que, no cotidiano das práticas de saúde, ações desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família em relação ao cuidado à saúde da mulher têm se mostrado ainda ancoradas na regulação de sua sexualidade e fecundidade (NASCIMENTO; MELO, 2014; SCHRAIBER, 2005; SCOTT, 2005). Com isso, a contracepção, muitas vezes, deixa de ser colocada como um direito para se constituir como uma vigilância dos corpos femininos, pautada na ideia de controle da natalidade.

Apesar da incorporação da perspectiva de Direitos Sexuais e Reprodutivos e da saúde sexual e reprodutiva como parte dos direitos humanos, a implementação de ações que considerem estes aspectos diverge entre as regiões do país, de acordo com fatores sociais, políticos e econômicos. Para Villela e Monteiro (2005), “Tais acontecimentos sem dúvidas geraram alguns avanços, mas não necessariamente têm implicado na mudança no modo como as mulheres são incorporadas às práticas de saúde” (p. 17).

Nessa perspectiva de valorizar os direitos das mulheres, dos 14 materiais analisados, cinco (FOL43; FOL157; PAN11; CTZ19, CTL49) se referem ao direito de acesso aos serviços públicos de saúde. A mensagem principal é sobre o teste do HIV e sífilis, como um direito tanto da mãe como do bebê, sendo enfatizada a postura ativa da gestante, como cidadã, para exigir o direito ao teste, como indicado no enunciado a seguir: “Você vai estar defendendo o direito de o seu bebê nascer com saúde” (BRASIL, entre 1995 e 2002).

A cartilha *Aids e Sífilis na gravidez* (CTL 49) também se aproxima da lógica do cuidado integral à saúde da mulher. Na análise detalhada de suas 18 páginas, examina-se que o interesse não é apenas o da prescrição da testagem e tratamento. O tema da Aids aparece, nas seis primeiras páginas, juntamente com outros assuntos que vão desde a testagem até cuidados com o corpo durante a gestação como, por exemplo, o uso de óleos e posições para dormir. Este material se diferencia dos demais por elencar diversas situações que ocorrem durante e após a gravidez. Vale, contudo, sinalizar que o excesso de informação e a falta de uma sequência clara na organização textual dificultam a leitura do mesmo.

O tema da prevenção da transmissão sexual soma-se à lógica da integralidade do cuidado. Entre nove dos 14 materiais é citado que a gestante deve “[...] usar camisinha, mesmo durante a gravidez” (BRASIL, entre 1995 e 2002). Nota-se que imagens ilustrando “Como usar a camisinha masculina; Como usar a camisinha feminina”, comumente utilizadas em materiais sobre IST/Aids para a população geral, só aparecem em um folheto dessa amostra – *Você sabe o que é sífilis?* (FOL202). Temas relacionados às questões de gênero, como a dificuldade na negociação do uso do preservativo com o parceiro, não foram tratados nos materiais.

Nos dispositivos comunicacionais analisados, vê-se que a abordagem dos diversos fatores relacionados à integralidade do cuidado à saúde da mulher ainda é incipiente. Pondera-se que o diálogo sobre a saúde da mulher com foco na maternidade pode se constituir como barreira no controle das IST/Aids entre a população feminina. Como aponta Heilborn (2002):

Ora, sexo não está desconectado de outras esferas sociais. As estratégias de intervenção em sua maioria não levam em conta a especificidade dos contextos culturais dos sujeitos. As práticas educativas frequentemente tomam a perspectiva de que o conhecimento (transmissão de informação) é suficiente para alterar a conduta. A cultura, no entanto, implica simultaneamente um plano consciente e outro inconsciente (para os sujeitos) que determina as suas ações (HEILBORN, 2002. p. 10).

A cultura, como sinaliza a autora, afeta o comportamento dos indivíduos e é influenciada por outros determinantes, como raça, classe e gênero. A não incorporação dos contextos culturais dos sujeitos, pode se configurar como um impedimento na realização de um cuidado integral à saúde da mulher. Ao tratar a prevenção do HIV/Aids via cuidados pré-natais, outros aspectos relevantes no contexto social da epidemia são negligenciados. A efetividade do cuidado fica, então, comprometida e surgem lacunas que possibilitam muitas vezes o surgimento de novos casos de HIV/Aids entre as mulheres.

Ademais, quando se trata de infecções sexualmente transmissíveis como Aids e sífilis, deve-se abordar as desigualdades sociais e de gênero. Dessa forma, a educação e comunicação em saúde no campo das IST/Aids especialmente direcionada às mulheres gestantes ou não gestantes devem atentar para a diversidade de fatores que compõem o universo feminino e condicionam sua saúde.

O próximo capítulo centra-se na análise da recepção dos materiais entre gestantes em um serviço da Atenção Básica de saúde no Rio de Janeiro. Ao incorporar o ponto de vista do

destinatário, tal enfoque visa complementar e aprofundar as interfaces entre comunicação, Aids e gênero.

5 RECEPÇÃO DE MATERIAIS EDUCATIVOS SOBRE IST/AIDS

Nesta seção, apresentam-se os achados da análise da etapa de apropriação-reconhecimento dos discursos sobre IST/Aids por gestantes usuárias de um serviço de saúde da Atenção Básica no Rio de Janeiro. De acordo com o referencial teórico dos estudos de recepção adotado, entende-se a comunicação como um processo dialógico, sendo as etapas da produção e da apropriação-reconhecimento das mensagens processos indissociáveis das interações sociais. Segundo essa perspectiva, é priorizada a análise do uso dos meios de comunicação na interação entre emissor-destinatário (JACKS *et al.*, 2008; BARBERO, 2003).

Na etapa de análise das condições de produção de materiais educativos sobre IST/Aids, demonstrou-se que o modo como o enunciador semantiza a sífilis e o HIV/AIDS e constrói sua própria imagem e a do destinatário está atrelado às especificidades do momento histórico-político em que os discursos foram produzidos. A ideia da mãe-protetora, ancorada ao repertório linguístico do campo médico-sanitário, norteia a interação com as gestantes e, alicerça as condutas previstas para a prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV. Essas referências, ideologicamente, estão imbuídas de determinados conceitos pré-concebidos e legitimados pelo emissor-produtor que condicionam as práticas sociais sobre as IST/Aids.

Segundo Leal (1986), nos estudos de recepção a interpretação das mensagens está vinculada ao modo como elas são postas em circulação e às representações acionadas pelo receptor. Dessa forma, na análise da apropriação-reconhecimento de sentidos sobre IST/Aids por gestantes, leva-se em conta o modelo explanatório propagado pelo emissor-produtor nos materiais educativos analisados e os elementos da “realidade imediata” que compõem a rede discursiva sobre prevenção da sífilis e do HIV/Aids tecidas no contexto de vida dessas mulheres.

Neste intuito, integram essa etapa da pesquisa a análise dos registros das observações de interações entre profissionais e gestantes (Grupo de Gestante, sala de espera) e aqueles referentes aos dois grupos focais (GF) dedicados à leitura dos 14 materiais educativos sobre IST/Aids por gestantes atendidas na unidade em que o estudo foi realizado.

5.1 Gestantes e seus contextos

A partir das observações diretas de interações entre profissionais e gestantes durante o Grupo de Gestante do serviço, foi possível se aproximar das gestantes que frequentam a unidade. Especificamente, no grupo focal, foram levantadas informações acerca dos

marcadores sociais – idade, escolaridade, trabalho/renda, local de moradia – e, também dos aspectos individuais pertinentes à gestação. No primeiro GF participaram quatro gestantes e quatro profissionais de saúde da unidade e, no segundo, duas gestantes e uma profissional da unidade.

Todas as participantes do estudo residiam em um bairro da Zona Norte do Rio de Janeiro, em uma comunidade, situada no território adstrito da unidade de saúde investigada. Em termos da gestação, duas mulheres estavam na primeira gravidez e as outras quatro na espera do segundo filho(a). A idade variou entre 16 e 34 anos. Duas gestantes se autodeclararam pardas, duas negras e, outras duas, brancas.

Em relação à escolaridade, uma participante havia cursado Fisioterapia, quatro delas concluíram o ensino médio e uma estava cursando o mesmo. Três gestantes sinalizaram que o grau de escolaridade de suas mães era o ensino fundamental incompleto. Vale ressaltar que, entre essas três, duas possuíam o ensino médio completo e uma o ensino superior completo. A gestante que estava no ensino médio sinalizou que a mãe nunca estudou. Notam-se, dessa forma, mudanças no nível educacional nas famílias dessas mulheres, como o maior grau de escolarização e maior qualificação das gestantes em relação às suas mães. Embora signifique avanços, a escolarização não foi suficiente para garantir maior inserção profissional frente às exigências do mercado profissional qualificado. Os dados sobre as atividades laborais ilustram essa perspectiva.

Duas participantes informaram não ter atividade profissional fora do lar naquele momento e as outras desempenhavam as atividades de operadora de caixa, manicure, doméstica e fisioterapeuta. Vê-se que a maioria delas atua no setor de serviços. Sobre a renda, duas entrevistadas declararam não ter conhecimento da renda mensal da família; uma não tinha renda fixa, três tinham renda familiar entre 1 e 2,5 salários mínimos. Somente uma gestante alegou receber benefício social, como bolsa família ou aposentadoria. Em termos de estado civil, três mulheres declararam estar solteiras, uma casada, uma “amigada” e uma “morando junto”. Das seis gestantes, quatro viviam com o pai da criança.

Quadro 4- Perfil das gestantes participantes do estudo

Gestante	Idade	Nº de filhos	Cor/Raça (autorreferido)	Est. Civil	Escolaridade	Atividade profissional	Renda mensal familiar
Âmbar	16	1º	Parda	Solteira	Ensino médio em curso	Não exerce atividade	Sem resposta
Cristal	32	1º	Branca	Solteira	Ensino superior	Fisioterapeuta	Sem resposta
Jade	23	2º	Negra	Morando junto	Ensino médio	Doméstica	R\$ 2.400
Rubi	26	2º	Negra	Solteira	Ensino médio	Operadora de caixa	R\$ 1.400
Safira	34	2º	Parda	Amigada	Ensino médio	Manicure	R\$ 954,00
Turquesa	30	2º	Branca	Casada	Ensino médio	Não exerce atividade	Sem renda fixa

Fonte: A autora (2019).

5.2 Educação em saúde nos serviços de saúde: espaços de informação e interação

As gestantes disseram que têm acesso às informações sobre as IST/Aids na televisão, na escola e no posto de saúde. No que diz respeito ao itinerário da informação na unidade de saúde, observou-se que a maioria das gestantes têm conhecimento sobre as atividades de educação em saúde, como grupo de gestantes, reuniões de planejamento familiar e sala de espera, mencionando a participação em pelo menos uma delas. Duas gestantes alegaram nunca ter participado das reuniões mensais do Grupo de Gestantes, apesar de terem sido convidadas para esses encontros. Somente uma delas disse não ter participado de nenhuma atividade de educação em saúde na unidade e, sim, no seu local de trabalho.

Na fase de pré-campo, averiguou-se que a dinâmica do Grupo de Gestantes era instigante e estimulava as mulheres a fazer perguntas, contar experiências e expor suas opiniões sobre os assuntos discutidos. A abordagem dialógica construída na modalidade de roda de conversa possibilitava a reflexividade acerca das convergências e divergências entre os saberes tradicionais e técnicos no cuidado à saúde. Nos grupos focais, observou-se a diferença de posicionamento entre as mulheres que participaram dessas reuniões com as demais. No decorrer das conversas, frente à proposição de um assunto ou leitura dos

materiais, elas desenvolveram seus argumentos e opiniões de forma mais ativa e crítica. Os grupos educativos na assistência à saúde, segundo Assis (2001, p.43) se configuram como um espaço de diálogo, permitindo o fortalecimento de vínculos e a socialização de saberes que orientam as práticas de saúde. Para a autora, esses espaços recolocam os questionamentos sobre saúde-doença no espaço coletivo, redimensionando a visão individualizada de saúde difundida pela lógica biomédica.

Frente aos problemas sociais que enfrentam no cotidiano, as mulheres teceram críticas ao governo. Nessa direção, apontaram que fatores como moradia, educação e desigualdade são determinantes no cuidado à saúde. A relação entre pobreza e vulnerabilidade pôde ser observada através dos relatos acerca das diferenças entre Zona Norte, Zona Sul e favela, ilustrado na seguinte fala:

“[...] Então, quanto mais o filho do pobre ficar doente, é melhor pras farmácias que vai lá e compra remédio e tá bom. Porque parece isso, porque é tipo...como assim...vamo se desfazendo deles logo, tipo, pega aquela colheita ali ruim, taca fogo e tá bom? Parece isso. Tô falando com sinceridade [...]” (Safira).

Assim, durante alguns minutos foram debatidas as dificuldades encaradas diariamente na busca pelo atendimento em saúde e surgiram falas como “[...] embora seja difícil marcar né...tem sempre...que...pra remarcar” (Turquesa), mostrando desapontamento com o atendimento em saúde. A presença das profissionais de saúde no primeiro GF pode ter influenciado na transferência de responsabilidade feita durante o debate. No início, as gestantes criticavam profissionais de saúde e o trabalho destes nas unidades públicas de saúde. Contudo, no decorrer da conversa, os recursos que o Estado destina à saúde já apareciam como insuficientes e como aquilo que influenciava a postura dos profissionais.

O lugar dos materiais educativos

O acesso a materiais educativos sobre prevenção de doenças também foi referido como fonte de informação. Nas observações de campo ficou nítido que na unidade existem vários materiais educativos sobre diversos temas. Em geral, eles são afixados nas paredes ou depositados dentro de uma estante que fica na sala de espera. Todavia, os materiais sobre prevenção das IST/HIV são raros e aqueles destinados para gestantes são inexistentes. Uma das profissionais que integra o Grupo de Gestantes perguntou onde poderia ter acesso aos materiais utilizados na pesquisa. Já uma das gestantes, no decorrer do grupo focal, disse: “[...]”

sempre dão no posto de saúde, né. De como se prevenir e tal, mas essas informações eu acho que falta [na unidade de saúde]” (Rubi).

Como parte da etapa de análise da apropriação-reconhecimento dos discursos da prevenção da sífilis congênita e do HIV, no grupo focal foram analisados os 14 materiais que abordam essa temática. Desse conjunto, apenas o folheto e o cartaz (FOL43 e o CTZ19) eram conhecidos por duas gestantes. De acordo com essas participantes, elas tiveram acesso aos mesmos porque estavam disponíveis na recepção da unidade. As outras entrevistadas não conheciam os materiais apresentados, inclusive uma perguntou: “Onde que arruma esse papel aqui?” (Âmbar).

Quando perguntadas sobre quem havia produzido os materiais, as respostas versaram entre “governo”, “profissionais” e “baseado em pesquisa”. Uma gestante fez uma fala crítica em relação à produção dos materiais educativos, em função de a linguagem ser “muito difícil” e por ter excesso de informação, dificultando o interesse das pessoas pela publicação: “[...] não é assim essa parafernália toda que tem, que parece que...sei lá...eu sou muito antigoverno, eu sou muito antitudo assim...sabe, parece que cada vez mais quer que a gente fique burro, ou que a gente tenha preguiça pra ler” (Safira). Em boa parte do GF, afirmou-se que materiais com uma linguagem simples, que não “embromam” o leitor, são mais úteis por serem rápidos e práticos²².

Essas percepções elucidam que as campanhas de saúde estão calcadas na premissa de que “[...] o poder passa cada vez mais pela informação” (BARBERO, 1995, p. 45). Nessa perspectiva de interação, a informação é centralizada nas mãos de determinados grupos sociais, no caso do poder médico-sanitário. As mensagens de materiais educativos são propostas a partir da ideia de uma população “carente e ignorante”, contribuindo para aprofundar as desigualdades e o distanciamento entre os interlocutores no processo comunicativo (ARAUJO; CARDOSO, 2007; KELLY-SANTOS *et al.*, 2010).

Essa desigualdade é vista na cena enunciativa proposta nos materiais. A hierarquia entre os saberes técnico e popular foi algo tensionado na interpretação das mensagens. Por exemplo, palavras como “reagente” e as siglas VDRL e HBsAg foram citados como de difícil associação ao significado. Já o emprego de símbolos foi visto como um recurso visual atraente, sendo lembradas as campanhas do câncer de mama. Segundo as participantes, “só de olhar” os leitores já sabem do que se trata.

²² Como exemplo, citaram o “Livro bolsa”²², uma cartilha impressa em papel no formato de bolsa e distribuída no grupo de gestantes da unidade, dizendo que ele é útil e compatível com suas necessidades, além de conter uma linguagem fácil e boas ilustrações. CASTRO, M.B.T.; SANTOS, M.M.A.S.; BAIÃO, M.R. **Livro de Bolsa de Mãe**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2013.

A quantidade de informações presentes nos materiais foi outro aspecto destacado. Algumas das mensagens lidas, durante o grupo, distanciavam-se dos interesses das gestantes, as quais referiram que seria válido que os materiais abordassem “um pouco de cada coisa” sobre IST/Aids. Mesmo diante dessa afirmação, foi possível observar, pela gestualidade e a forma como as gestantes manuseavam os materiais, que os mais extensos, com 10 ou mais páginas, letras pequenas e vários tipos de informações, não despertavam interesse do grupo.

Deste modo, entre os materiais analisados, os mais elogiados pelas gestantes foram aqueles que dialogavam diretamente com suas necessidades. Entre eles, o folheto sobre a amamentação (FOL128) foi um dos que despertou bastante interesse em uma delas. O material foi citado como aquele que orienta a como cuidar da prevenção. Além disso, as participantes revelaram interesse em ter informações sobre a porcentagem de chance de uma mãe portadora de HIV transmitir o vírus para o bebê, uma vez que esse dado não é abordado nos materiais e nem nos grupos educativos. O folheto FOL43 também foi elogiado por “explicar como cuidar” numa linguagem direta e clara, sintetizando sobre a transmissão do vírus e o local onde fazer o teste para se prevenir da Aids. As gestantes se sentiram incluídas na interação proposta pelo enunciador.

Os materiais que abordam o tema da sífilis foram os que mais se destacaram de forma positiva na avaliação das mulheres. No caso da cartilha CTL49, o uso de balões de diálogo incluiu as leitoras como agente da conversação construída, sendo percebido como um recurso que favorece a interação com o material. Já os folhetos FOL87 e FOL202 foram elogiados por apresentarem fotos dos sintomas da sífilis e por incluir o tema do uso da camisinha para a prevenção da sífilis congênita. A presença de ilustrações foi destacada como algo relevante para visualização dos sinais e sintomas das IST. Para as participantes, as fotos dos sinais da sífilis são “feias” e “tristes”, mas elas facilitavam a identificação dos sintomas por parte do leitor.

Foi observado que a maioria delas desconheciam o aumento de casos de sífilis congênita na cidade do Rio de Janeiro. Uma delas sinalizou que há pouca informação sobre a doença. Outra mencionou a sífilis como “[...] doenças que ninguém tá nem ligando”, e afirmou que as doenças que estavam “em mídia”²³ eram, por exemplo, o câncer de mama: “Você vê algum outubro assim...outubro da sífilis? Novembro da sífilis? Dezembro da sífilis? Você não vê isso” (Safira).

²³ Os encontros do grupo focal foram realizados no mês de outubro, mês em que se intensifica a campanha de prevenção ao câncer de mama, o “Outubro Rosa”. Havia cartazes sobre prevenção a esse câncer espalhados por toda a unidade onde o estudo foi desenvolvido.

Pitta (1998) entende o investimento em materiais educativos como “[...] investimentos em expressões momentâneas e situacionais – em instantâneos – de processos mais complexos de comunicação (negociação) entre campos de conhecimento e experiência; [...]” (p.41). A autora ressalta a importância de estratégias para além daquelas pensadas a partir do cenário epidemiológico da Aids. Frente a isso, o uso de materiais educativos no campo da comunicação e saúde deve atentar para uma comunicação que não esteja restrita apenas à emissão de informações, mas que contemple as especificidades dos sujeitos desde a produção até a apropriação das mensagens, considerando os diferentes contextos onde se dá a recepção.

5.3 Cuidado à saúde e prevenção das IST/Aids: o que pensam as gestantes?

Com intuito de conhecer as representações das gestantes a propósito do cuidado à saúde, no GF foi levantado o que elas pensam a respeito das inter-relações entre saúde, risco e adoecimento na prevenção de IST/HIV. Assim, a pergunta “Como vocês cuidam de sua saúde?” visou abrir o diálogo com essas mulheres. Os cuidados à saúde foram associados a aspectos mais amplos da vida, como alimentação e exercícios físicos, e à dimensão individual, essa relativa à higiene pessoal, vacinação, consulta médica e exames laboratoriais.

Do ponto de vista da prevenção das IST, no GF que as profissionais de saúde participaram foi interessante perceber que as gestantes manifestaram suas dúvidas sobre a vacinação do HPV e o exame preventivo para o câncer de colo de útero. Quanto a este último, elas criticaram a periodicidade do exame (uma vez ao ano). No entendimento das gestantes, a consulta ginecológica estava atrelada à realização do preventivo. As profissionais buscaram esclarecer que a consulta ginecológica poderia ser marcada a qualquer momento, e que o intervalo de um ano para realização do preventivo foi estipulado pelo Ministério da Saúde, de acordo com estatísticas. Contudo, as falas das gestantes mostraram dificuldade no agendamento das consultas ginecológicas que não se destinavam à realização do exame de colo de útero.

Segundo o Ministério da Saúde, o preventivo é um dos indicadores de saúde municipais para monitorar a redução do câncer uterino. No Brasil, a indicação da OMS de cobertura é de no mínimo 80% de mulheres entre 25 e 64 anos (WHO, 2007). É curioso como a situação debatida pelas gestantes mostra o descompasso entre as demandas individuais e as políticas de assistência à saúde da mulher. Em outras palavras, mostra o foco no cumprimento de metas pela gestão local em detrimento da integralidade do cuidado à saúde da mulher.

A perspectiva do controle sanitário sobre os corpos fica evidente na narrativa de uma gestante que associa não fazer o exame a estar “suja”. Vê-se que essa representação está atrelada ao discurso higienista de educação em saúde, cujos enunciados remetem à vinculação entre limpeza-saúde e sujeira-doença. Assis (1999) menciona que, nas origens da Educação em Saúde, as doutrinas higienistas marcaram fortemente as ações desenvolvidas. A saúde era entendida “[...] como uma questão de bons hábitos [...]” (p.5), onde as intervenções estatais eram realizadas com o intuito de ordenar e disciplinar os indivíduos segundo normas e condutas morais, sociais e de higiene.

A leitura dos materiais pelas gestantes possibilitou precisar que a concepção de cuidado à saúde da mulher apareceu vinculada ao cuidado materno-infantil. A partir dos relatos, ficou evidente que a gravidez é um marcador de distinção no cuidado à saúde. Como ilustra a fala de uma das gestantes, “[...] porque a mulher sem barriga ou com barriga, ela é mulher do mesmo jeito” (Safira), a atenção à saúde da mulher não pode estar dissociada dos demais fatores que envolvem o universo feminino. Este relato encontra eco no nível das práticas da assistência à saúde, pois foi observado e também relatado pelas gestantes que a atenção à saúde da mulher é fragmentada.

Para elas, o cuidar da sua saúde é relevante, pois “[...] tudo que faz é arriscado de prejudicar o neném [...]” (Âmbar). Contudo, quatro participantes problematizaram essa visão, argumentando que os títulos e algumas frases dos materiais retratam unicamente a mulher-mãe como responsável pela saúde da criança. Elas reportaram as palavras “culpa”, “responsabilidade”, “aparelho central” para expressar esse desacordo frente à representação construída, sendo problematizada a responsabilidade moral atribuída à mulher nos casos da transmissão das IST/Aids para o bebê. As falas ilustram suas percepções acerca dessa "obrigatoriedade" em zelar pela saúde da criança:

“Parece que é tipo assim... a gestante... é como se fosse assim [reproduzindo o que ela entendeu do material]: ‘Você tem mais responsabilidade’. Tipo: ‘Presta atenção. Não é só você, se você fizer gracinha, tu vai matar só você não, vai matar o feto também’.” (Safira).

Segundo as entrevistadas, no período gravídico a prevenção da transmissão vertical é priorizada nas consultas por meio do incentivo à realização da sorologia para sífilis e HIV. Por exemplo, todas as participantes fizeram o teste rápido logo no início do pré-natal, como uma medida protetiva à saúde do bebê. De acordo com elas, a realização dos testes é enfatizada somente a partir do momento em que a mulher está grávida. Tais relatos reiteram a escassez

atual de campanhas e materiais sobre Aids e aponta para o potencial e a importância das consultas do pré-natal em fomentar atividades educativas, capazes de abordar as vulnerabilidades desse grupo frente ao HIV e outras IST.

Esta reflexão exemplifica que, no plano enunciativo, as ideias de cuidado-risco-proteção estão vinculadas à responsabilidade e ao controle do corpo da mulher. Pinto (1999) afirma que numa situação comunicativa o emissor-produtor busca cultivar a reprodução de determinadas hierarquias sociais. Com base nesse pressuposto, na interação entre as gestantes, verificou-se que comportamentos de risco à saúde associados às normas de gênero ganham força e alicerçam os discursos sobre a prevenção das IST/Aids durante a gestação. Por exemplo, ao ler o folheto FOL43, as gestantes comentaram uma das frases do folheto que diz: “A decisão de fazer o teste de aids é sua, mas dessa decisão pode depender a vida do seu filho” (BRASIL, entre 1995 e 2002). As impressões foram:

“[...] coloca pra pessoa e responsabilidade né [...]. É uma decisão da gente porque a gente tem o livre arbítrio de fazer. Então eles colocam isso, né. É o que tá falando aqui. Eu entendi mais assim” (Cristal).

“[...] responsabilidade de outra vida, né nem da sua própria vida” (Safira).

“Eu acho ela uma frase bem forte, mas normal. É uma frase que diz a verdade. É sua escolha. É igual fazer o pré-natal ou não, é uma escolha nossa. Tem consequências” (Jade).

“Tanto que no pré-natal a gente tem que assinar um termo se quer ou não o teste de HIV, não é obrigatório. E muitas acabam não querendo fazer né” (Turquesa).

Dois gestantes que contaram ter realizado o teste antes da gravidez foram encaminhadas sem passar pelo aconselhamento, nem sequer sabiam qual exame estavam fazendo:

“Eu fiz. No primeiro dia que eu fiz, eu nem sabia que teste era aquele, que teste era aquele que eu tava fazendo. Só vi que a mulher espetou meu dedo ali e botou o meu dedinho. Aí eu perguntei o que era aquele exame. Aí a moça teve que me explicar. Eu até me senti constrangida em fazer porque na época eu era virgem, aí eu falei pra doutora, eu falei: “Por que eu to fazendo isso”. Ela: “Ah, porque esse negócio é bom fazer, que negócio, doença transmissível...eu falei: “Mas senhora, eu não faço esse tipo de coisa”. Ela: “Ah, mas é sempre bom fazer [...]”. (Âmbar).

“E eles quando eles pede, ele não explica né, o por quê [...] da primeira vez que eu fiz, foi no caso, tava eu e meu marido. Eu tava com problema com remédio e aí o DIU deu infecção. Deu...rejeitou. Então começou a infeccionar. Eu tava sentindo dor com a inflamação, aí ele [o médico] pegou e pediu pra mim poder pedir o teste, aí pediu pra ele [o marido] poder fazer. Só que quando ele pediu, ele não explicou [...] ele só pegou e ainda fazer aquele mistério né, que eu acho desnecessário”. (Rubi).

Foi possível notar como a falta de esclarecimento no momento da solicitação do teste trouxe desconforto para essas mulheres. Especialmente a gestante do último relato acima, que realizou o exame junto com o parceiro. Ela compartilhou com o grupo que a forma como o exame foi feito poderia ter causado um desentendimento entre ela e o marido. Conta que após receberem o resultado, um outro médico “[...] que não tinha nada a ver [...]” com a consulta, explicou sobre a função do exame. Para ela, essa conduta foi tomada para evitar a atribuição de culpa entre ela e o parceiro, pois o médico explicou que este exame seria para investigar alguma IST que poderia estar se manifestando naquele momento. Após essa explanação, no contexto do GF, foi perguntado a ela se eles receberam alguma orientação sobre prevenção, e ela referiu que apenas fizeram o teste e falaram “[...] cada um para tua casa, não tem nada. Vai ser feliz”. (Rubi).

De acordo com a atual política de prevenção combinada, o teste para o HIV/Aids é de realização voluntária, devendo o usuário ser informado sobre os significados da testagem e esclarecidas as eventuais dúvidas. O aconselhamento é citado como não obrigatório, ficando a cargo do usuário a escolha (BRASIL, 2017). Todavia, as situações relatadas acima não são incomuns. Como citado na seção do Referencial Teórico, prevalece o discurso médico-preventivista sobre a autonomia dos sujeitos na realização ou não da testagem para o HIV (SANTOS *et al.*, 2009; KNAUTH, 2002; SILVA *et al.*, 2008).

Normas de gênero na comunicação para e entre gestantes

As gestantes afirmaram que tanto na convivência social (com familiares, vizinhos e amigos) como do ponto de vista individual, a mulher é vista como aquela que cuida de sua saúde, associando a figura feminina ao cuidado-proteção. Isto é, a mulher é aquela que tem mais “responsabilidade” e maior atenção à sua própria saúde e de seus filhos. Ao refletirem sobre esse papel, dizem que seus parceiros “não se cuidam”, “não se olham” e que “pensam pouco em prevenção das IST/Aids”. Igualmente, ficou nítido que seus companheiros, quando mencionados nos relatos, não apareciam como agentes do cuidado à saúde da criança, sendo o trabalho fora do lar apontado como impedimento para desempenhar esse tipo de cuidado com os filhos.

Como assinalado na seção do Referencial Teórico, ao destinar diferentes comportamentos a homens e mulheres, os arranjos de gênero constroem padrões de feminilidade e masculinidade. A partir disso, nossas práticas sociais são inscritas em

definições do que é ser homem e do que é ser mulher. Scott (1999) trabalhou o gênero como elemento que constitui as relações sociais a partir das diferenças entre os sexos e como “uma forma primeira de significar as relações de poder”. Segundo essa perspectiva, as divisões entre os papéis sociais de homens e mulheres são feitas tendo como base as diferenças sexuais, sendo destinada ao feminino a esfera privada e ao masculino a vida pública.

Durante as observações das atividades de educação e saúde na unidade e nos grupos focais, nota-se que as mulheres têm uma visão naturalizada sobre as normas e hierarquia de gênero. Gomes *et al.* (2006) assinala que no cuidado à saúde, a ideia cultural do homem como mais forte e viril pode contribuir para que este se preocupe menos com ações de prevenção, dado que o cuidado é socialmente visto como inerente ao universo feminino. Para os autores, esse imaginário social é um elemento que contribui para que os homens procurem menos o serviço de saúde. Ademais, questões estruturais relacionadas ao acesso aos serviços de saúde dificultam a atenção à saúde do homem, como preconizado pelas diretrizes governamentais.

No âmbito das práticas de prevenção das IST/Aids, considera-se que o modo como homens e mulheres acionam às informações sobre esse cuidado está atrelado ao processo de socialização das normas de gênero. Do ponto de vista dos espaços onde essas informações circulam é reconhecido o lugar que os meios de comunicação de massa e a escola ocupam nesse processo (FAUSTO-NETO, 1999). Entretanto, o âmbito do privado, da vida íntima e familiar (a “casa”) foi destacado no GF como espaço privilegiado para se falar sobre IST/Aids. Neste caso, as gestantes fizeram alusão à casa como principal lugar onde uma mulher deve ser informada sobre as IST, como ilustrado na fala a seguir:

“Eu sempre ouvi falar, sempre ouvi falar muito dos riscos, sempre tive esse cuidado. E também acho que não adianta o governo e escola, acho que principalmente tem que vir de casa” (Turquesa).

Para algumas delas, a mãe é principal interlocutora nesse diálogo. Contudo, ao relatarem sobre a primeira vez em que ouviram falar do HIV/Aids, se deram conta de que não tiveram essa experiência, sobressaindo comentários que “a mãe deveria ter explicado sobre a doença”. Esse dado mostra como as normas sociais convencionalmente imputam à mulher o papel de gerir a dinâmica e o funcionamento do lar, da vida dos filhos e do parceiro. A “ordem sexual” (LAQUEUR, 2001) relacionada a essa função da mulher foi evocada durante toda a discussão, lembrando o que Badinter (1985) discute sobre a construção histórica da “boa mãe”: aquela que está atenta a todos os eventos de saúde dos filhos. A mulher é então vista como mais cuidadosa e melhor ouvinte, sendo a ela atribuída a capacidade de resolver os problemas

e apaziguar conflitos, estando mais propensa ao diálogo em diversas situações, incluindo a prevenção às IST/Aids.

Ao serem questionadas sobre o papel do pai como corresponsável nesse diálogo com os filhos, as gestantes acenaram afirmativamente, mas sem dar a mesma ênfase atribuída à mãe. As entrevistadas consideraram que contribui para esse distanciamento o fato de os homens serem "machistas". Aliado a isso, consideraram que o pouco acesso às informações acentua a dificuldade de conversar com os filhos sobre esses assuntos e aumenta o preconceito sobre as práticas de prevenção das IST/Aids. Entretanto, reconheceram que tem havido mudanças na maneira dos homens de se comportarem frente ao cuidado a sua saúde e de seus familiares.

“[...] eu acho também que para eles de repente é até meio difícil, né. Hoje em dia acho que tá mais fácil, mas antigamente eu acho que era meio difícil falar [...] eu acho que agora é mais fácil porque...por exemplo, ...na época do meu pai na escola, eles não tinham, não teve isso...mas na minha eu já tive então para mim, a minha mente já abriu mais do que a dele. Por isso que é importante informação também, eu acho” (Rubi).

Como notado pelas gestantes, nas mensagens (texto e imagens) de prevenção da transmissão vertical das IST/Aids a imagem do parceiro é pouco veiculada, além de a maioria dos materiais não apresentarem um casal como estratégia de convencimento da participação dos homens no cuidado às IST/Aids. Neste caso, sinalizaram positivamente os materiais sobre sífilis e Aids – FOL99, FOL202, PAN 61 e PAN62 – além do panfleto sobre prevenção combinada lançado recentemente (PAN60), por trazerem a imagem de um casal (Figura 8).

Figura 8 - Aids. Escolha sua forma de prevenção.



Fonte: BRASIL, 2016

A partir da interação com estes materiais, elas questionaram como nos discursos dos materiais e nas interações diretas com profissionais a "obrigatoriedade" dos exames sorológicos recai sobre as mulheres; os parceiros são excluídos dessa interpelação. Neste

caso, elas disseram que o teste deveria “ser para todo mundo”, inclusive para os homens. Uma delas ressaltou que a mensagem de um dos cartazes “[...] bota o encargo todo pra gente” (Jade) e outras afirmaram:

“[...] a mulher faz o pré-natal, as consultas, exames, dá tudo ok, e para eles [o parceiro] tá ok, para eles também. Aí acaba se descuidando e não faz os exames. Deixa só pra mulher (Turquesa).

“[...] é importante ter essa informação pro homem também né...colocar figura do homem também. Pra ele também se cuidar, né [...] Que homem não se cuida [...]” (Cristal).

Ao comparar os relatos sobre a responsabilização da gestante nos discursos da prevenção vertical, quatro delas se posicionaram de forma mais contundente frente às mensagens dos materiais; enquanto as outras duas, apesar de serem menos assertivas quanto às normas de gênero impostas nos materiais, sugeriram a inclusão do pai como agente no cuidado à saúde da criança.

O fato de o exame anti-HIV não ser obrigatório foi inserido na conversa e, nos dois GF, foi registrada a necessidade de ampliar o diálogo sobre transmissão vertical das IST/Aids junto aos homens, com uma linguagem própria para eles:

“[...] poderia ser eles num grupo né, festa, porque homem bebe e tem mais festa, mais resenha, essa coisa assim e poderia dizer. Ou poderia ter aquelas tipo de rodas entre eles mesmo e ter conversa, porque homem tem muito preconceito com isso. Você vê muita roda de mulher conversando, mas você não vê roda de homem” (Rubi).

“Podia ter uma palestra sobre isso só de homens. Só pra homens. Tanto na escola quanto nas clínicas” (Âmbar).

Observa-se como o controle sobre o corpo da mulher é internalizado no grupo estudado. A ideia de cuidado à saúde apareceu vinculada à realização de exames regularmente, assim como ao gerenciamento do cuidado daqueles que a cercam. A desconstrução de preconceitos e estigmas resultantes das desigualdades de gênero, como a baixa procura dos homens pelos serviços de saúde e o desempenho destes no que se refere ao cuidado com a saúde dos filhos, coloca-se como um desafio para os serviços e profissionais de saúde.

5.4 Sífilis congênita e HIV/Aids: o que as gestantes almejam saber?

Para explorar seu conhecimento e representações sobre o assunto no GF, foi perguntado – “O que vocês já ouviram falar sobre HIV/Aids?”. De forma geral, todas as participantes

relataram “já ter ouvido falar” sobre o HIV e duas contaram experiências de pessoas próximas vivendo com HIV/Aids (PVHA). Contudo, o grupo demonstrou ter dúvidas sobre as formas de transmissão do vírus e a prevenção da transmissão vertical.

“Eu já ouvi falar do HIV, entendeu. Como uma doença sexualmente transmissível, a gente sempre se cuidar quando tem relação sexual com o companheiro, tem que usar camisinha, é essas coisas assim. Mas você conviver com a pessoa mesmo, você se assustar com a doença porque você acha que dá no homossexual, no...aquela coisa, as pessoas relatam muito o HIV com o *gay*” (Safira).

Essa fala denota que ainda nos dias atuais, persistem as representações de horror e estigma da Aids e a sua vinculação a grupos populacionais específicos, como os *gays*, que caracterizaram o início da epidemia. Como exposto por Leal (1986), no processo de apropriação de sentidos de mensagens, a cultura se constitui como um sistema de significações e, a partir desse sistema, os indivíduos atribuem significados ao que ouvem e recebem.

Em termos da sífilis congênita, nos dois GF, ao lerem os materiais as participantes fizeram perguntas sobre prevenção, sintomas, tratamento e descrição da doença como, por exemplo:

“A sífilis, no caso, a sífilis é uma doença do sangue, né? Como se fosse o HIV. Eu pensava que a sífilis era alguma coisa no útero, tipo...um...tipo...um cisto inflamado, alguma coisa assim” (Rubi).

Em uma das falas, as IST surgiram como “doenças sérias” e “feias”:

“Eu tive assim [acesso à informação sobre IST] primeira vez mesmo, no colégio. Eu fiz até um trabalho e tal pra apresentar...no colégio, a primeira vez. Vi aquelas gravuras muito né, feias e tal. A partir daí, no colégio que eu conheci, entendeu. E como eu falei, eu não ia muito ao posto de saúde, no hospital também, no posto de saúde eu nunca tive essa informação. Em casa também não. Mas eu sei que são doenças sérias, né. E feias, né. Prejudica a saúde da mulher e do homem também” (Cristal).

No contexto da prevenção da sífilis congênita e do HIV/Aids, um aspecto relevante na comunicação é a abordagem da testagem. No decorrer das observações e dos grupos focais, foi verificado que, para as mulheres, é nítida a falta de integração das ações de prevenção de saúde, havendo uma dissociação entre o exame preventivo e a testagem para sorologia de sífilis e HIV.

Ao ler o panfleto PAN60, que aborda o tema da prevenção combinada, Jade refere: “[...] porque geralmente quando a gente vai no ginecologista, ela pergunta assim ‘Quando foi seu último preventivo?’. Ela não pergunta ‘Quando foi seu último teste rápido de HIV?’. Ela

não pergunta isso”. A partir dessas falas, as participantes discutiram que o teste anti-HIV deveria ser feito com a mesma regularidade que o exame preventivo para o câncer de colo de útero. Tais achados convergem com o que Barbosa (1996) sinaliza na literatura sobre mulheres e Aids, ao citar a pouca integração do teste para HIV com os demais exames ofertados pelos serviços de saúde para as mulheres.

Confiança e (in)fidelidade: quando o assunto é prevenir, o melhor é remediar?

No GF, as mulheres explanaram que conversar sobre a prevenção das IST e da Aids significa falar sobre confiança e fidelidade conjugal, além da dificuldade de dialogar sobre o sexo protegido entre casais. Uma das participantes relatou que fez o teste de HIV após descobrir uma traição do parceiro:

“Eu fiz por causa do pai do meu filho. Quando eu me divorciei. Eu me divorciei justamente por doença sexualmente transmissível [...] ele tava com uma verruga e eu fui fazer o planejamento familiar pra colocar o DIU e nisso, no planejamento elas mostram várias fotos de doença sexualmente transmissível e tal, e fala sobre. Aí eu vi lá a tal verruga genital. Eu achei parecida. Aí eu falei com ele: olha, vai no médico. Ele tava com a tal verruga. Aí eu fui e fiz” (Jade).

Essa gestante contou ter se separado tanto pela traição quanto pela “irresponsabilidade” do parceiro com a saúde do filho. Refazendo o diálogo que teve com o antigo parceiro, ela conta que questionou: “E se fosse uma Aids, eu dando de mamar? E aí? Você já parou pra pensar se fosse uma Aids, eu dando peito para o teu filho e teu filho aí, você já parou pra pensar? (Jade). Essa reflexão foi tensionada ainda mais após a leitura do cartaz CTZ21:

Figura 9 - Você tem que passar amor e carinho para ele. Não o vírus da Aids.



Fonte: BRASÍLIA [entre 1995 e 2002]

Ao ler a frase “Você tem que passar amor e carinho para ele, não o vírus da Aids” (BRASILIA, s.d.), ela fez a seguinte colocação:

“[...] a culpa não é minha, sabe. Não é necessariamente minha. Então, tipo assim: ‘Passe amor e carinho para seu filho, não o vírus da Aids’. Calma, às vezes a culpa nem foi dela, ela tá de inocente na história. Mas é porque...gente, às vezes você não tem culpa. Você tipo assim...você errou de ter confiado numa pessoa. Mas se a gente desconfiar de todo mundo...”(Jade).

As participantes correlacionaram a ocorrência de alguma IST ou mesmo da Aids à infidelidade do parceiro. Nesse aspecto, a associação "casa-rua" como espaços de "proteção-contaminação", novamente foi referida como parte dos discursos sobre prevenção. A expressão “alguém na rua” surgiu nos dois GF do mesmo modo. Segundo as gestantes, os parceiros poderiam se infectar “na rua” e transmitir para elas. A esse respeito, uma das gestantes mencionou que seu parceiro não tem um relacionamento fixo com ela e, por isso, sua mãe sempre conversa com ela sobre a prevenção das IST/Aids:

“[...] Ela tem medo. Ela fica falando “toma cuidado [...] não sabe o que esses garotos tem na rua”. O medo dela sempre foi esse. Dele...do jeito que ele não vivia direto comigo, dele ter feito algumas coisa com alguém na rua, não sabe o que a pessoa tem...aí minha mãe conversa: “[...] for fazer alguma coisa com ele, você usa proteção” [...] Ela sempre manda eu tomar cuidado. Ela fica mais tranquila saber que eu só fiquei com uma pessoa, sempre com aquela pessoa” (Âmbar).

Essas falas coincidem com trabalhos que abordam a distinção feita entre rua e casa no âmbito da prevenção das IST/Aids. Guerreiro *et al.* (2002) e Júnior *et al.* (2012), ao investigarem as relações entre masculinidade hegemônica e vulnerabilidade e prevenção ao HIV/Aids, destacam que muitas vezes a adoção do preservativo nas relações sexuais varia de acordo com mitos e preconceitos. Por exemplo, a ideia de que com a mulher com quem se mantém um relacionamento há determinado tempo, o uso do preservativo não é necessário. Já com a mulher “desconhecida”, deve-se utilizar o preservativo.

A aposta no diálogo aberto entre casais é a melhor saída para enfrentar esse tabu. Das seis participantes, duas disseram que conversavam com o parceiro sobre o uso do preservativo para prevenção da transmissão sexual das IST/Aids. Entre elas, Jade demonstrava ter uma postura bastante autônoma no seu relacionamento conjugal, referindo-se ao constante diálogo e compartilhamento de suas necessidades com o atual parceiro:

“Eu converso, porque eu vim de uma experiência muito ruim e eu e meu esposo a gente tem uma amizade. A gente é muito amigo. Então a gente conversa sobre tudo [...] eu acho que é importante. É importante a gente poder sentar e conversar. Porque tipo assim, imagina, ele pulou a cerca aí pegou uma doença, eu não sei [...]” (Jade).

As demais mulheres, apesar de demonstrarem conhecimento sobre a importância da prevenção, relataram que o relacionamento estável é um contexto onde essa conversa é difícil ou até mesmo não necessária: “Eu acho que a gente...pelo menos na minha cabeça...já tem tanto tempo já que acho que tem que ter a confiança” (Rubi). A noção de proteção a partir do que é “familiar” tem sido recorrente na literatura sobre Aids entre diferentes grupos sociais.

Arelada à confiança e à fidelidade conjugal, as normas de gênero determinam a forma como as mulheres se veem no contexto da prevenção das IST/Aids. Percebeu-se que o conhecimento sobre os métodos contraceptivos pelas gestantes e seu parceiro não é garantia de adesão durante as relações sexuais do casal, como demonstra a fala a seguir:

“Chegar pro meu marido depois de 20 anos de casada e tu vira e fala assim “A partir de hoje a gente vai usar camisinha”. Já pensou se eu chegar em casa hoje assim? “Oh, a partir de hoje a gente vai usar camisinha, ou eu ou você”. Não sei nem botar aquela camisinha feminina porque só o tamanho dela assusta”. (Safira)

A fala de uma gestante ao ler o folheto FOL43 (BRASIL, entre 1995 e 2002), que cita o uso do preservativo durante a gravidez, é bastante elucidativa quanto à percepção de risco frente à infecção pelas IST/Aids:

“É. E tem uma informação que eu também nunca tive. Eu to na minha segunda gestação e ninguém nunca me falou que seria proteção pra criança usar camisinha [...] Importante por que se eu tenho...se eu sou casada...com a mesma pessoa...não entendi essa parte eu também não entendi...por que mesmo assim eu posso passar alguma coisa pra criança, algum tipo de doença? Mesmo eu tendo relação com a mesma pessoa, eu posso passar alguma coisa? Isso aí me preocupou, porque eu nunca soube disso. Em palestra nenhuma que eu assisti nunca me informaram”. (Rubi)

Destaca-se, nessas últimas falas, o valor da amizade e do companheirismo entre o casal, que supõem a monogamia e o respeito como acordo comum entre os dois. Assim, os relacionamentos afetivo-sexuais, permeados pelo diálogo e confiança, constituem-se, na visão das gestantes, como proteção às IST/Aids.

O uso do preservativo masculino ou feminino entre casais é um tabu?

Os achados reiteram que o uso do preservativo entre casais é um dos desafios na comunicação sobre prevenção das IST/Aids, haja vista que 96,9% dos casos de HIV entre

mulheres são atribuídos à transmissão heterossexual (BRASIL, 2018). Estudos mostram que a percepção de risco ao HIV em relação ao sexo desprotegido por parte das mulheres varia de acordo com diferentes aspectos, como condições socioeconômicas e tipo de relacionamento (FERREIRA, 2008; VILLELA; BARBOSA, 2015), bem como pelos recursos preventivos disponíveis e pelas representações em torno da Aids.

Vale salientar que o método de prevenção mais popularmente conhecido, o preservativo, vem perdendo a centralidade nas ações de prevenção, como sinalizado na análise dos materiais. Comprova essa afirmativa o fato de os materiais sobre sífilis congênita, produzidos em 2016-2017, focalizarem a prevenção na realização do teste.

A partir do debate sobre a prevenção da transmissão sexual, surgiram falas sobre o uso de preservativo feminino. As participantes relataram dificuldade em inserir o preservativo feminino e incômodo durante o uso; afirmaram que é mais fácil para a mulher obter o preservativo masculino e oferecer para o parceiro. Segundo os relatos, a oferta do preservativo feminino é muito baixa, inclusive a venda nas farmácias é reduzida. Uma das gestantes disse: “Eu nunca vi” (Cristal).

A orientação sobre essa forma de prevenção nas unidades de saúde foi relatada por apenas duas participantes, que foram informadas durante o grupo de Planejamento Familiar. As demais participantes, que nunca assistiram às reuniões do Planejamento, disseram não ter tido acesso a essa informação. Ao serem perguntadas se já foram orientadas sobre o preservativo masculino, todas foram enfáticas, afirmando que sobre este “todo mundo” é orientado. A falta dessa informação nos materiais educativos foi igualmente abordada pelas gestantes; apenas um folheto possui imagens que ilustram “Como usar a camisinha masculina” e “Como usar a camisinha feminina” (FOL202).

Segundo uma das participantes, no Grupo de Gestantes da unidade já foi conversado sobre sexo durante a gestação. Entretanto, elas sinalizaram que a conversa sobre sexo é sempre abordada – nas unidades de saúde e no ambiente familiar – visando evitar a ocorrência de uma gravidez e raramente é falado sobre as IST/Aids.

Nas discussões entre as gestantes, a mulher é representada dentro de um relacionamento heterossexual, sendo vista como mais responsável, ou seja, a que pensa nos filhos e no parceiro. As participantes afirmaram que os parceiros nunca se preocupam com prevenção. Já elas, “pensam em tudo”, como assinalado a seguir:

“O homem tá naquele calor ali e não quer nem saber de nada. A mulher fala assim: ‘Opa. Vai ali na 24h [farmácia] rapidinho, vai lá, vai lá meu filho’. A mulher pensa muito mais nisso [...] ela pensa: ‘Poxa, eu tenho filho, eu amamento, e seu eu pegar um HIV’, cê tá entendendo? Tipo assim, a mulher tem toda essa questão” (Jade)

“Fica com a consciência pesada também [...]” (Cristal)

Esses relatos mostram que a ocorrência de uma IST é vista como algo que não afetaria somente sua saúde, mas a saúde de seus familiares. Assim, foi observado como estereótipos de gênero foram evocados ao falar sobre cuidado à saúde e prevenção das IST/Aids, desde a negociação do uso do preservativo até a prevenção da transmissão vertical. Foi possível notar, a partir das discussões do GF, que avanços em relação aos direitos sexuais e reprodutivos e a percepção da mulher em relação ao seu papel na esfera social são percebidos e ressignificados de diferentes formas.

A despeito de alguns avanços, depreende-se que a prevenção do HIV/Aids ainda encontra as mesmas barreiras sinalizadas em estudos da década de 1990 no Brasil. Guimarães (1996), que investigou a transmissão heterossexual do HIV entre homens diagnosticados positivamente e suas parceiras, apontou que as mulheres entrevistadas possuíam conhecimento básico sobre a prevenção, contudo, não encontravam espaço dentro de seus relacionamentos afetivos para discutir suas necessidades de saúde, físicas e emocionais. A autora sinaliza que o “silêncio” – sobre as “[...] especificidades físicas, biológicas e emocionais [...]” (p.19) – que permeia a imagem da sexualidade feminina acaba por conferir às mulheres uma postura menos autônoma nos relacionamentos, onde a negociação do uso do preservativo se torna um desafio para muitas delas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de um estudo de recepção, esta pesquisa investigou os discursos e sentidos presentes em materiais educativos sobre IST/Aids e as interpretações e significações de um grupo de gestantes sobre os sentidos propostos nas mensagens desses materiais. Desse modo, a pesquisa envolveu a análise da produção de discursos de 14 materiais educativos nacionais, desenvolvidos no período de 1995 a 2017, e grupos focais com seis gestantes atendidas em um serviço da Atenção Básica do Rio de Janeiro para leitura desses materiais. Foram também realizadas observações de interações entre profissionais e gestantes durante o Grupo de Gestantes do serviço.

A abordagem teórico-metodológica adotada possibilitou conhecer de que forma os sentidos sobre o cuidado à saúde são apropriados por um grupo de gestantes, bem como analisar o processo de produção e recepção dos discursos sobre prevenção das IST/Aids que circulam em materiais educativos destinados a esse público. A análise do contexto de produção dos materiais revelou que as mensagens convergem com políticas de enfrentamento ao HIV/Aids vigentes durante o período de elaboração das peças comunicacionais analisadas, tais como: o crescimento de casos de Aids entre mulheres na década de 1990; os avanços no acesso ao tratamento antirretroviral, a partir de 1996; o aumento dos casos de sífilis em gestantes e a inclusão dos marcadores sociais, como raça/cor e gênero, sob a perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos, durante os anos de 2003 a 2016. Em anos recentes, ganhou destaque a abordagem da política de prevenção combinada para as IST/Aids por meio da propagação da testagem e do tratamento como prevenção.

Do ponto de vista da análise do dispositivo de enunciação, ficou evidente o predomínio do tema da prevenção da transmissão vertical do HIV. Na abordagem, é reiterada a importância da realização da testagem no pré-natal como uma responsabilidade da mulher-mãe-protetora. Informações sobre uso do preservativo durante a gestação raramente aparecem entre as mensagens. Cabe salientar a pouca ênfase no papel do parceiro na prevenção e a escassez da perspectiva da integralidade no cuidado à saúde da mulher e da criança.

No que diz respeito à etapa da apropriação-reconhecimento dos discursos sobre IST/Aids, as gestantes relataram que o assunto privilegiado na interação com o serviço de saúde refere-se à testagem no pré-natal, havendo pouca informação sobre a utilização do preservativo (feminino ou masculino) durante a gravidez. Apesar da importância do preservativo para a prevenção do HIV antes e durante a gestação, do ponto de vista das práticas individuais, ficou claro que havia pouco uso e diálogo do casal sobre esse recurso.

Além disso, na visão das gestantes a infecção pelo HIV está associada à infidelidade do parceiro e não a sua conduta. Dessa forma, as mensagens de responsabilização da mulher pela transmissão das IST/Aids para o bebê, veiculadas nos materiais, não correspondem à imagem das gestantes sobre si. Elas se descreviam como mais responsáveis e preocupadas não apenas com sua saúde, mas com a saúde dos filhos e do parceiro.

Quando discutido sobre as fontes e locais para obter informação sobre as IST/Aids, a conversa da mãe “em casa” com os filhos foi descrita como a principal fonte de informação, embora a escola seja considerada uma outra fonte importante. Essa percepção indica a naturalização do papel da mulher como agente do cuidado à saúde. Revela ainda que as normas tradicionais de gênero se constituem como uma rede de significações que modulam o cuidado à saúde e a prevenção das IST/Aids.

Quanto a opinião acerca das práticas individuais de prevenção das IST/Aids, estas apareceram associadas ao cuidado com parceiro e com os filhos, pelo uso do preservativo e realização da testagem durante a gestação. As participantes interpretam os teste no pré-natal como um “dever”, reiterando as mensagens expostas nos materiais educativos. Todavia, já é possível vislumbrar avanços no que se refere à incorporação da perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos na percepção das mulheres sobre o cuidado à saúde, visto que algumas sinalizaram a importância de mensagens que abordem o uso do preservativo feminino – numa concepção de autonomia da mulher – e que incluam o parceiro no cuidado à saúde do bebê, ressaltando sua igual responsabilidade neste cuidado.

Em relação ao papel dos serviços de saúde na prevenção de IST/Aids observou-se que as participantes deste estudo não estavam alheias às estruturas sociais que condicionam seu acesso a direitos básicos como saúde e educação. O governo surgiu na discussão como um ente abstrato, que não estaria preocupado com as classes mais pobres e que destinaria a estas uma educação e uma assistência à saúde inferior à destinada às classes mais altas.

Como sinalizado por Corrêa e Petchesky (1996), é necessária a construção de uma “base” que possibilite às mulheres o pleno exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. Nota-se, nas falas das participantes do estudo, como os diferentes contextos sociais e econômicos podem dificultar o acesso a esses direitos. A negação de direitos básicos, como saúde e educação, pode impossibilitar às mulheres a agência em relação à sua saúde sexual e reprodutiva. Dado que é necessária a construção do papel de cidadão para que este possa exercer seus direitos, essas mulheres, ao se verem constantemente em situações de negação e privação do acesso a bens e serviços, não encontram efetivas possibilidades de exercício da autonomia sobre seus corpos e sua saúde. Há, portanto, uma tarefa no que diz respeito ao

desenvolvimento de ações intersetoriais que visem atuar sobre as estruturas sociais que condicionam o cuidado à saúde da mulher, visando à construção de um cenário que possibilite às mulheres plena escolha nas decisões sobre sua vida e saúde.

O presente estudo constatou a necessidade de considerar as desigualdades sociais e de gênero na comunicação sobre prevenção das IST/Aids, tendo em vista que elas impactam diretamente na forma como as mulheres se posicionam frente à epidemia de HIV/Aids. Ao trazer a visão do receptor sobre as mensagens dos materiais, os achados podem auxiliar na elaboração de ações no campo da comunicação e saúde que trabalhem sob a perspectiva do destinatário, de acordo com seus diferentes contextos de vida e saúde. Ademais, ressalta-se que o respeito a alteridade seja levado em conta na interação entre profissionais de saúde e gestantes, ou seja, que os projetos de vida e desejos dessas mulheres possam orientar as decisões sobre seu corpo e sua saúde.

Como limite dessa pesquisa destaca-se a impossibilidade de generalização dos achados, tendo em vista que se referem a um grupo específico e restrito de mulheres gestantes. Entretanto, os resultados podem ajudar na discussão sobre as inter-relações entre o cuidado à saúde, as normas de gênero e as ações de prevenção às IST/Aids. Frente a essas evidências demonstra-se a importância do desenvolvimento de ações que integrem a perspectiva de saúde sexual e reprodutiva no cuidado à saúde da mulher. A realização de grupos educativos nas unidades de saúde com um olhar para as questões mais amplas que envolvem esse cuidado pode impactar positivamente na percepção das mulheres sobre saúde, risco e adoecimento.

REFERÊNCIAS

- ALENCAR, R. A. *et al.* . Desenvolvimento de uma proposta de educação sexual para adolescentes. **Ciência & Educação**, Bauru, v. 14, n. 1, p. 159-168, 2008.
- ANDRADE, C. D. **Carlos Drummond de Andrade, Obra Completa**. Rio de Janeiro: Jose Aguilar, 1973, p.111.
- ARAÚJO, I. S. Avaliação de Políticas Públicas e Estratégias de Comunicação: a PESQUISAIDS. In: NILO, Alessandra *et al.* (Org.). **COMUNICAIDS: Políticas Públicas e Estratégias de Controle Social**. São Paulo: Ágil, 2005, p. 25-32.
- ARAÚJO, I.S; CARDOSO, J. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- ARAÚJO, I. S. Materiais Educativos e Produção dos Sentidos na Intervenção Social. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (org) **Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006, p. 49-69.
- ASSIS, M. **Educação em saúde e qualidade de vida: para além dos modelos, a busca da comunicação**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, 1998. (Série estudos em saúde coletiva; n. 169).
- ASSIS, M. Uma nova sensibilidade nas práticas de saúde. In: VASCONCELOS, E.M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**. 1ed. São Paulo: Hucitec, 2001, p. 40-43.
- AYRES, Jose R. C. Mesquita. Práticas Educativas e prevenção de HIV/Aids: lições aprendidas e desafios atuais. **Interface** : Comunicação e saúde educativa, v. 6, n11, p. 11-24, ago. 2002.
- BADINTER, E. **Um amor conquistado: O mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1985.
- BAHIA (Estado). Coordenação Estadual DST/AIDS. **Amor materno**. Salvador: Coordenação Estadual DST/AIDS. [entre 2003 e 2011]. Material educativo.
- BAKHTIN, M. **Estética da criação verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1997.
- BARBERO, J. M. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: SOUSA, M. W. (org). **Sujeito, o lado oculto do receptor**. São Paulo: Brasiliense, 1995, p. 39-68.
- BARBERO, J. M. **Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; 2003.
- BARBOSA, R. M. Feminismo e AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org) **Quebrando o silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p. 153-168.
- BARROS, N.B.; GUIMARAES, C.M.; BORGES, O.S. POLÍTICAS DE SAÚDE E PREVENÇÃO AO HIV/AIDS NO BRASIL 1982 –2012. **Estudos**, Goiânia, v. 39, n. 4, p. 537-546, out./dez. 2012.. Disponível em: <http://seer.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/view/2666/1628>. Acesso em ago. 2018

BASTOS, F. I. **Aids na Terceira Década**. Rio de Janeiro. Editora Fiocruz, 2006.

BOUSFIELD, A. B. S.; CAMARGO, B. Divulgación de los conocimientos científicos sobre el sida y las representaciones sociales. **Acta Colombiana de Psicología**. Bogotá, v. 14, n. 1, p. 31-45, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aids. Escolha sua forma de prevenção**. Brasil, 2016. Material educativo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico – Aids e IST** Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivAids-2017>>. Acesso: 20 jan. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV-Aids**. Brasília: 2018. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivAids-2018>>. Acesso em 15 jan. 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico Sífilis 2017**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais do Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/tags/publicacoes/boletim-de-sifilis>>. Acesso em 25 ago. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cinco passos para elaboração de plano de educação permanente em saúde para as IST, HIV/Aids e Hepatites Virais**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Exija o teste para Aids e sífilis no pré-natal: é um direito seu e do bebê**. Brasília, DF, 2004. Material educativo.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 7 ed. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Ministério da Saúde. Brasília, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Júlia fez o teste de sífilis logo no início do pré-natal. Fábio também**. Brasil, 2016. Material educativo.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional DST &AIDS. **Mãe, proteja seu bebê da Aids**. [entre 1995 e 2002]. Material educativo.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Plano Estratégico Programa Nacional de DST e Aids 2005**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_estrategico.pdf>. Acesso em: 05 de set. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras DST**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde. Brasília, 2007.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Dst/Aids Princípios, Diretrizes e Estratégias**. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de Dst e Aids. Ministério da Saúde, 1999. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_17.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção Combinada do HIV - Sumário Executivo**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Brasília, 2017. Disponível em: <<http://www.Aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-sumario-executivo>>. Acesso em: 5 fev. 2018

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto Nascer**. Secretaria-Executiva, Programa Nacional de DST e Aids. Ministério da Saúde. Brasília, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/projeto_nascer.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Proteger o seu bebê contra a Aids é mais do que um dever: é um direito**. [entre 1995 e 2002] Material educativo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico E Diretrizes Terapêuticas Para Prevenção Da Transmissão Vertical De HIV, Sífilis E Hepatites Virais**. Secretaria De Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Ministério da Saúde. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vamos combinar?** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Material educativo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Veja aqui como garantir um futuro com saúde para você e seu filho**. [entre 2003 e 2001] Material educativo.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Governo do Distrito Federal. Gerência de DST/AIDS. **Você tem que passar amor e carinho para ele: não o vírus da Aids**. [entre 1995 e 2002]. Material educativo.

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C.L. **AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada**. Rev. Soc. Bras. Med. Trop, v. 34, n. 2, abr. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822001000200010&ln g=en&nrm=iso>. Acesso em: 10 jan. 2019.

CAMARGO, B. V; BOTELHO, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo , v. 41, n. 1, p. 61-68, 2007 .

CAMARGO, E. Á. I.; FERRARI, R. A. P.. Adolescentes: conhecimentos sobre sexualidade antes e após a participação em oficinas de prevenção. **Ciência & saúde coletiva**, v. 14, n. 3, p. 937-946, 2009.

CARRARA, Sérgio *et al* (org.). **Gênero: disciplina 2: Especialização em Gênero e Sexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2010.

CARRARA, S. **Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil da passagem do século aos anos 40**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 1996.

CONTRERA, W. Histórico das Campanhas de AIDS no Brasil. In: NILO, A. *et al.* (org). **COMUNICAIDS: Políticas Públicas e Estratégias de Controle Social**. São Paulo: Ágil, 2005, p. 41-50.

CORRÊA, S. A resposta brasileira ao HIV e à Aids em tempos tormentosos e incertos. **Mito vs Realidade: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016**. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), 2016. p. 7-15.

CORRÊA, S.; PETCHESKY, R. Direitos Sexuais e Reprodutivos: Uma Perspectiva Feminista. **PHYSIS: Revista Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 1/2, p. 147-177, 1996.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. 4 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

DESLANDES, S. & ASSIS, S.G Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. (org) **Caminhos do Pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 195-223.

ESCOSTEGUY, A. C.; JACKS, N. **Comunicação e Recepção**. São Paulo: Hacker Editores, 2005.

FAUSTO-NETO, A. **Comunicação e mídia impressa: estudo sobre aids**. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

FERREIRA M.P. Grupo de Estudos em População, Sexualidade e AIDS. Nível de conhecimento e percepção de risco da população brasileira sobre o HIV/AIDS, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública** 2008; v.42, supl. 1, p. 65-71. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42s1/09.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2019.

FIGUEIREDO, R.; AYRES, J. R. Intervenção comunitária e redução da vulnerabilidade de mulheres às DST/ Aids em São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 36, n. 4, supl. p. 96-107, 2002.

FIGUEROA, A. Contextualização conceitual e histórica. In: **Seminário Nacional de Saúde 2004 da População Negra**. Caderno de textos básicos. Brasília: Seppir, Ministério da Saúde, 2004., p. 11-27. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/seminario_nacional_saude_pop_negra.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M.W; GASKELL, G. (editores). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002, p. 64-89.

GIOVANETTI, M. R. *et al.* A implantação do quesito cor/raça nos serviços de DST/Aids no Estado de São Paulo. **Saúde & sociedade.**, São Paulo , v. 16, n. 2, p. 163-170, 2007 .

GOMES, R.; NASCIMENTO, E.F.; ARAUJO, F.C. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n3/15.pdf>>. Acesso em fev. 2019

GUERRIERO, I.; AYRES, J. R.; HEARST, M. Masculinidade e vulnerabilidade ao HIV de shomens heterossexuais, São Paulo, SP. **Revista de Saúde Pública** 2002; v. 36, Supl.4, p. 50-60. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n4s0/11163.pdf>>. Acesso em 15 jan. 2019.

GUIMARAES, K. Nas Raízes do Silêncio: A Representação Cultural da Sexualidade Feminina e a Prevenção do HIV/AIDS. In: PARKER, R.; GALVÃO, J. (org) **Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996, p. 89-113.

GOIÁS (Estado). Secretaria da Saúde do Estado de Goiás. **Amamentação: prevenção para o futuro**. [entre 2003 e 2011] Material educativo

GONCALVES, E. H.; VARANDAS, R. O papel da mídia na prevenção do HIV/Aids e a representação da mulher no contexto da epidemia. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, p. 229-235, Mar. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n1/a23v10n1.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2018

HEILBORN, M. L. Direitos sexuais e reprodutivos: um olhar antropológico. In:_____. **Antropologia e direito: temas antropológicos para estudos jurídicos**. Rio de Janeiro ; Brasília: Associação Brasileira de Antropologia, 2012, p. 396-404

HEILBORN, M. L. “Fronteiras simbólicas: gênero, corpo e sexualidade”. **Cadernos Cepia**, n. 5, Gráfica JB, Rio de Janeiro, dezembro de 2002, p. 73-92. Disponível em: <https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/341846/mod_resource/content/2/Heilborn%20-%20genero,%20corpo%20e%20sexualidade%20pdf.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2018

HEILBORN, M. L. *et al* (orgs). **O Aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros**. Rio de Janeiro: Editora Garamond/Editora Fiocruz; 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo Demográfico - 2010**. Disponível em: <<https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.htmlww>>. Acesso em: 15 jan. 2019

RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Urbanismo. Instituto Municipal de Urbanismo Pereira Passos (IPP). Índice de Desenvolvimento Social - IDS: comparando as realidades micro urbanas da cidade do Rio de Janeiro. **Coleção Estudos Cariocas**. 2008. Disponível em:

<http://portalgeo.rio.rj.gov.br/estudoscariocas/download/2394_%C3%8Dndice%20de%20Desenvolvimento%20Social_IDS.pdf>. Acesso em 20 set. 2017.

JACKS, N. (coord.); MENEZES, D.; PIEDRAS, E. **Meios e audiências: a emergência dos estudos de recepção no Brasil**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

JANNOTTI *et al.*, Direitos e saúde reprodutiva: revisitando trajetórias e pensando desafios atuais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 31, p. 25-33, 2007. Disponível em: <http://www.clam.org.br/bibliotecadigital/uploads/publicacoes/672_944_boansaudeemdebaten75.pdf>. Acesso em: 12 fev. 2018

JUNIOR, J.S.M.; GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F. Masculinidade hegemônica, vulnerabilidade e prevenção ao HIV/AIDS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 511-520, Feb. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a24v17n2.pdf>>. Acesso em: 20 jan.2019.

KALIL, I. **De silêncio e som: a produção de sentidos nos discursos pró-aleitamento materno contemporâneos**. Luminária Academia : Rio de Janeiro, 2016.

KELLY-SANTOS, A. **A palavra e as coisas: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase**. 2009, 184f. Tese (Doutorado) Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca: Rio de Janeiro, 2009.

KELLY-SANTOS, A; MONTEIRO, S.; RIBEIRO, A. P. G. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.14, n.32, p.37-51, Mar. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/04.pdf>> Acesso em: 10 jul. 2018. .

KELLY-SANTOS, A.; ROZEMBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciencia&SaudeColetiva.**, v.10, n.4, p.929-38, 2005. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n4/a16v10n4.pdf>>. Acesso em 23 jul. 2018.

KELLY-SANTOS, A.; RIBEIRO, A. P. G.; MONTEIRO, S. Hanseníase e práticas de comunicação: estudo de recepção de materiais educativos em um serviço de saúde no Rio de Janeiro. **Interface Botucatu**, v. 16, n. 40, p. 205-218, mar. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v16n40/aop1412.pdf>>. Acesso em: 15 out. 2017.

KELLY-SANTOS, A. **Materiais educativos sobre DST/AIDS: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas vigentes neste campo**. Projeto submetido ao Edital 15/2010-Programa Primeiros Projetos/Fapemig.

KIPPAX, S. Effective HIV prevention: the indispensable role of social science. **Journal I AidsSociety**, v. 2, n.15, 2012.

KNAUTH, D. *et al.* . Cultura médica e decisões reprodutivas entre mulheres infectadas pelo vírus da Aids. **Interface**, Botucatu, v. 6, n. 11, p. 39-54, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v6n11/03.pdf>>. Acesso em: 13 set. 2016

KNAUTH, D.; MACHADO, P. "Corrigir, prevenir, fazer corpo": a circuncisão masculina como estratégia de prevenção do HIV/AIDS e as intervenções cirúrgicas em crianças intersex. **Sexualidad, Salud y Sociedad**, n. 14, p. 229-241, 2013.

LAQUEUR, T. **Inventando o sexo: corpo e gênero dos gregos a Freud**. Rio de Janeiro: Relume Damará, 2001.

LEAL, O. F. **A leitura social da novela das oito**. 2ed. Rio de Janeiro: Editora Vozes; 1986.

LEAL, O. F. Etnografia da audiência: uma discussão metodológica. In: SOUZA, M. W. (org). **Sujeito, o lado oculto do receptor**. São Paulo: Brasiliense; 1995. p. 113-121.

LOPES, M. I. V. Estratégias metodológicas da pesquisa de recepção. **INTERCOM : Revista Brasileira de Comunicação**, São Paulo, v. XVI, nº2, p. 78-86, 1993.

MAIO, M. C.; MONTEIRO, S.: Tempos de racialização: o caso da 'saúde da população negra' no Brasil. **História, Ciências, Saúde**, Manguinhos, v. 12, n. 2, p. 419-46, maio/ago. 2005.

MARQUES, M. C. C. **A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil**. São Carlos: RiMa, 2003; Maringá: EDUEM, 2003

MATTELART, A.; MATTELART, M. **História das Teorias da Comunicação**. São Paulo: Loyola:1999a.

MEYER, D. E *et al.* 'Mulher sem-vergonha' e 'traidor responsável': problematizando representações de gênero em anúncios televisivos oficiais de prevenção ao HIV/AIDS. **Revista Estudos Feministas**. Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 51-76, Aug. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ref/v12n2/23960.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2018

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

MINAYO, M. C. S. (org). **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Editora Vozes, 1993.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W.; FRAGA, L.; SOARES, P.; PINHO, A.; A dinâmica da produção do estigma relacionado à AIDS entre as mulheres grávidas que vivem com HIV / AIDS no Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 32, n.12, 2016.

MONTEIRO, S; BRIGEIRO, M; VILLELA, W; MORA, C; PARKER, R. **Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem**. Ciência e Saúde Coletiva, set., 2017. Disponível em: <<http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/desafios-do-tratamento-como-prevencao-do-hiv-no-brasil-uma-analise-a-partir-da-literatura-sobre-testagem/16386?id=16386>>. Acesso em: 16 jan, 2019.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (org). **Educação, Comunicação e Tecnologia Educacional: interfaces com o campo da saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

MONTEIRO, S; REBELLO, S. Prevenção do HIV/Aids e do Uso Indevido de Drogas: desenvolvimento e avaliação de jogos educativos. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer: drogas, Aids e direitos humanos**. Rio de Janeiro, 2000. v. 1, p. 215-232.

NASCIMENTO, P.; MELO, A.C. “Esse povo não tá nem aí” as mulheres, os pobres e os sentidos da reprodução em serviços de atenção básica à saúde em Maceió, Alagoas. In: FLEISCHER, S.; FERREIRA, J. (orgs). **Etnografias em Serviços De Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Garamond; 2014. 360 p.267-296.

NATIVIDADE, J. C.; CAMARGO, B. V.. Representações sociais, conhecimento científico e fontes de informação sobre Aids. **Paidéia**, Ribeirão Preto , v. 21, n. 49, p. 165-174, 2011.

NEMES, M. I. B.; SCHEFFER, M. Desafios da assistência às pessoas que vivem com HIV e AIDS no Brasil. In: **Mitos VS Realidade: Sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e Aids em 2016**. Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2016, p.31-36.

NETO, O. M. C.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M.; MARINS, R. G. **Grupos Focais e Pesquisa Social: o debate orientado como técnica de investigação**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

OLIVEIRA, D. *et al.* A negociação do sexo seguro na TV: discursos de gênero nas falas de agentes comunitárias de saúde do Programa Saúde da Família de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 20, n. 5, p. 1309-1318, Oct. 2004 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/25.pdf>>. Acesso em: 17 fev. 2018

ORLANDI, E. **Análise de Discurso: princípios e procedimentos**. 6. ed. Campinas, SP: Pontes, 2005.

OTTAWA. **Carta de Ottawa Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção Da Saúde**. 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2017

PARKER, R. **O fim da Aids?** Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids, 2015.

PARKER, R. **Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século 21**. Rio de Janeiro: ABIA, 2016.

PARKER, R.; GALVÃO, J. (org) **Quebrando o Silêncio. Mulheres e AIDS no Brasil**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS/UERJ, 1996.

PAZ, J. **Aids anunciada: a publicidade e o sexo seguro**. Brasília: Editora Universidade de Brasília, 2007.

PINTO, M. J. **Comunicação e discurso: introdução à análise de discursos**. São Paulo: Hacker Editores, 1999.

PINTO, M. J. Semiologia e Imagens. In: BRAGA, J. L.; PORTO, S. D.; NETO, A. F. (org). **A encenação dos sentidos. Mídia, Cultura e Política**. Rio de Janeiro: Diadorim, 1995. p 141-157.

PITTA, A. M. R. Interrogando os campos da saúde e da comunicação: notas para o debate. In: PITTA, A. M. R (org) **Saúde e Comunicação: Visibilidades e Silêncios**. São Paulo: Editora Hucitec ; Rio de Janeiro: ABRASCO, p. 239-265.

PITTA, A. M. R. Estratégias de comunicação para a prevenção da Aids estudo de caso em Salvador, Bahia (Brasil). **Interface (Botucatu)**: v. 2, n. 2, p. 23-46, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v2n2/03.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

PONTES, B. S. “**Mãe, proteja seu bebê da AIDS**”: concepções de gênero e saúde em materiais educativos sobre prevenção das DST/AIDS. 2016, 55 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) UFRJ / Instituto de Estudos em Saúde Coletiva: Rio de Janeiro, 2016.

PRAÇA, N. S.; LATORRE, M. R. D. O. Saúde sexual e reprodutiva com enfoque na transmissão do HIV: práticas de puérperas atendidas em maternidades filantrópicas do município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife , v. 3, n. 1, p. 61-74, 2003.

REZENDE, R. F. **Discursos e sentidos sobre sexualidade e Aids a partir da análise de materiais educativos para adolescentes**. 2016. Dissertação (Mestrado) Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde: Rio de Janeiro, 2016.

RIO DE JANEIRO (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Sífilis na gravidez: proteja seu bebê desta doença**. Rio de Janeiro, RJ. [entre 1995 e 2002] Material educativo.

RIBEIRO, A.P.G. **A história do seu tempo: A Imprensa e a Produção do Sentido Histórico**. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: ECO/UFRJ, 1995.

RODRIGUES. M. G. S., *et al.* Oficinas Educativas em Sexualidade do Adolescente: Escola Como Cenário. **Enfermería Global**, n,20, Oct. 2010.

ROCHA, S.; VIEIRA, A.; LYRA, J. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. Brasília. **Revista Brasileira de Ciência a Política**, n. 11, p. 119-141, 2013.

RODRIGUES. M. G. S., *et al.* Oficinas educativas em sexualidade do adolescente: a escola como cenário. **Enfermería Global**. n. 20, Oct. 2010.

ROHDEN, F A obsessão da medicina com a questão da diferença entre os sexos. In: PISCITELLI, A.; GREGORI, M.F.; CARRARA, S. **Sexualidade e saberes: convenções e fronteiras**. Rio de Janeiro: Editora Garamond, 2004, p. 183-196.

ROHDEN, F. **Uma ciência da diferença: sexo e gênero na medicina da mulher**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001.

- ROSO, A. Ideologia e relações de gênero: um estudo de recepção das propagandas de prevenção da AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 16, n. 2, p. 385-397, Jun. 2000 . Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n2/2088.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2018
- ROZEMBERG, B.; SILVA, A. P. P.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 6, p. 1685-1694, dez. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n6/13265.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.
- SANTO ANTÔNIO DE JESUS (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. **Sífilis congênita**. Santo Antônio de Jesus, BA. [entre 2006 e 2007]. Material educativo.
- SANTOS, N *et al* . Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, supl. 2, p. s321-s333, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25s2/14.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2016.
- SCHRAIBER, L. B. Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas do Programa Saúde da Família do Recife. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (orgs.). **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: UNFPA, 2005. p. 30-61.
- SCHALL, V; MONTEIRO, S; REBELLO, S & TORRES, M. Evaluation of the Zig-Zaids game: an entertaining educational tool for HIV/AIDS prevention. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 15, supl. 2, p. 107-119, 1999.
- SCHIEBINGER, L. **O Feminismo mudou a ciência?** Londa Schiebinger ; tradução de Raul Fiker. Bauru, SP : EDUSC, 2001. 384 p. (Coleção Mulher).
- SCOTT. P. Gênero, família e comunidades: observações e aportes teóricos sobre o Programa Saúde da Família. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (orgs.). **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO/ Brasília: UNFPA, 2005. p. 73-98.
- SCOTT, J. **Gênero: uma categoria útil de análise histórica**. Educação e Realidade, v. 20, n.2, p. 71-99, jul/dez. 1995.
- SERGIPE (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. **Você sabe o que é sífilis?: informe-se antes que seu bebê descubra**. Aracaju, Ministério da Saúde. [entre 2015 e 2016]. Material educativo.
- SILVA, R. M. O.; ARAUJO, C. L. F.; PAZ, F. M. T. A realização do teste anti-hiv no pré-natal: os significados para a gestante. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, p. 630-636, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n4/v12n4a04.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2017.
- SILVA, C. E. L. **Muito Além do Jardim Botânico**. São Paulo: Summus Editorial, 1985.
- SOUSA, A. A. *et al*. Pavio Erótico: uma experiência de Suzano na prevenção das DST/HIV/Aids e fomento da arte erótica. **Saúde & sociedade.**, São Paulo , v. 18, supl. 1, p. 63-65, 2009 .

UNAIDS. **Getting to zero: 2011–2016 strategy**. Disponível em: <http://www.unAids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf>. Acesso em: 18 fev. 2018

VALLE, C. G. Corpo, doença e biomedicina: uma análise antropológica de práticas corporais e de tratamento entre pessoas com HIV e AIDS. **Vivencia**, UFRN, n.35, p. 33-51, 2010.

VARGAS, E. P.; SIQUEIRA, V. H. F. Sexualidade e corpo: o olhar do sujeito através das imagens em vídeo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2, p. S69-S83, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v15s2/1289.pdf>>. Acesso em: 19 mar. 2018

VÉRON, E. **Fragmentos de um tecido**. Barcelona: Gedisa, 2004.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. M. **Prevenção da transmissão heterossexual do HIV entre mulheres: é possível pensar estratégias sem considerar suas demandas reprodutivas?** Revista Brasileira de Epidemiologia. São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 131-142, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v18s1/pt_1415-790X-rbepid-18-s1-00131.pdf>. Acesso em: 10 set. 2016.

VILLELA, W.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. **Ciência e Saúde Coletiva**. 22 (1) Jan 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017000100087>. Acesso em: 20 fev. 2019.

VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (orgs.). **Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão**. Rio de Janeiro: ABRASCO ; Brasília: UNFPA, 2005.

VITÓRIA DA CONSQUISTA (Cidade). Secretaria Municipal de Saúde. Coordenação Municipal DST/AIDS. **Aids e sífilis na gravidez: como evitar / como tratar pra começo de conversa**. Vitória da Conquista: Ministério da Saúde. [entre 1997 e 2004]. Material educativo.

WHO. **Cancer control: knowledge into action**. WHO guide for effective programmes; module 2. [Internet]. Genebra: World Health Organization, 2007. Disponível em: <<https://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf>>. Acesso em fev. 2019

XAVIER, C. Aids é coisa séria! - humor e saúde: análise dos cartuns inscritos na I Bienal Internacional de Humor, 1997. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 193-221, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v8n1/a09v08n1.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2018.

APÊNDICE A - ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Primeiro momento: Apresentação dos participantes e objetivos da pesquisa.

Preenchimento da ficha de identificação: (perguntar se elas podem preencher ou se prefere que preenchamos junto com elas)

Dados de Identificação

Local de moradia:	Idade:
Nº de filhos:	Tempo da gestação atual:
Vive com o pai da criança? () sim () não	
Estado civil:	
Estudou até que serie?	
Qual a escolaridade da sua mãe?	
Qual a escolaridade do seu pai?	
Qual a sua atividade profissional?	
Você sabe quanto é a renda mensal da sua família?	
Vocês recebem algum benefício social como bolsa família ou aposentadoria? () sim () não	
Como você define a sua cor/raça?	

Segundo momento: aplicação do roteiro do Grupo Focal

Eixo 1 – Explorar as concepções das mulheres sobre cuidados à saúde e prevenção do HIV

1. Como vocês cuidam de sua saúde? (Cuidados relatados com a saúde)
2. O que vocês já ouviram falar sobre HIV/Aids?(Como as mulheres podem ser infectadas com o vírus HIV e outras DST).
3. Onde vocês receberam essas informações? Aqui no centro de saúde vocês já receberam alguma informação sobre o HIV/Aids e outras DST? Como?
4. E como vocês gostariam de receber informações sobre Aids e DST?
5. O que vocês sabem sobre o teste para o HIV? (Em que momento a mulher deve fazer a testagem para o HIV? E o homem?) *Perceber se a resposta vai citar qualquer fase da vida ou na gestação.
6. Vocês já fizeram o teste para HIV e sífilis? Por que fizeram?

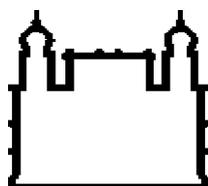
7. Vocês sabem se aqui no centro de saúde tem ações de prevenção e diagnóstico do HIV/Aids para as mulheres? Quais? Vocês já participaram de alguma? (educação em saúde, testagem).
8. Você e seu companheiro conversam sobre o HIV e DST? O que vocês já conversaram sobre Aids e DST? (prevenção, transmissão, diagnóstico, tratamento)

Eixo 2 – Análise e discussão sobre os materiais educativos de HIV/Aids

- Após a leitura do material, o que mais chamou atenção de vocês?
- Na opinião de vocês, para quem esses materiais foram produzidos?
- Quem vocês acham que fez esses materiais? E por quê?

- O que o material discute?
- Quais as mensagens que esse material quer passar? (abordar temas: cuidados à saúde; prevenção do HIV; transmissão vertical).
- Vocês se identificam com as mulheres representadas nos materiais?
- Já tiveram acesso a materiais educativos sobre IST/Aids; conhecem os materiais apresentados?

APÊNDICE B- TCLE GESTANTES



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

**Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca**



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS GESTANTES ATENDIDAS NA UNIDADE

Prezada Participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos com usuárias gestantes de uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro”, desenvolvida por BIANCA SILVA DE PONTES, discente de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Simone Monteiro e Adriana Kelly Santos, ambas pesquisadoras do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

O objetivo central desta pesquisa é analisar a recepção de materiais educativos sobre IST/Aids entre gestantes atendidas num serviço de atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro. A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento das percepções de um grupo de gestantes acerca das mensagens sobre IST/Aids veiculadas em materiais educativos impressos.

O convite a sua participação se deve a sua inserção na unidade de saúde escolhida como usuária desta unidade. Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Contudo, sua participação é muito importante para realização do estudo. Você não receberá valor financeiro em troca da sua participação, bem como não terá nenhum gasto decorrente da sua participação nesta pesquisa.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. A sua identidade será tratada com sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Asseguramos a confidencialidade e privacidade dos dados fornecidos por você para esta pesquisa.

A sua participação será através de uma entrevista em grupo (grupo focal) realizada pela pesquisadora. Haverá um roteiro de questões que conduzirão a conversa. O tempo previsto para a entrevista em grupo é de uma hora e trinta minutos (1h30min). A gravação do áudio da entrevista é necessária para realização deste estudo, devido à importância do

detalhamento do material obtido nos encontros, para que possamos realizar adequada aplicação do método de interpretação e análise dos dados. Solicitamos que você não assine este documento caso não concorde com o uso do gravador de áudio durante a entrevista em grupo. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Tais procedimentos adotados obedecem às normas das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e seus métodos conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O benefício advindo da sua participação na pesquisa é o de fornecer dados que nos auxiliem no conhecimento das condições de vida e saúde de mulheres a quem são destinadas as mensagens prevenção ao HIV/Aids em materiais educativos. As suas percepções sobre o cuidado em saúde destinado às mulheres gestantes poderão ajudar estudantes e profissionais de saúde a pensar e formular maneiras de abordar o cuidado à saúde da mulher, em especial, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), de acordo com suas necessidades e contextos específicos de vida e saúde.

Este estudo não oferece riscos a sua integridade física, social e econômica. Contudo, há o risco de constrangimento em participar de uma entrevista e expor suas opiniões. Reforçamos que sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer momento da pesquisa.

Os resultados deste estudo serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, distribuição de materiais educativos explicativos ao grupo participante, artigos científicos e na dissertação do mestrado.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou retirar meu consentimento sem prejuízos ou penalidades.

AUTORIZO a gravação de áudio da entrevista em grupo, assim como o registro por escrito de dados obtidos nas conversas durante a realização do grupo. A pesquisadora me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Confiro que este termo foi redigido em duas vias e que recebi uma das vias; autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Observações:

Todas as páginas deverão ser rubricadas pela participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ica

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-21

BIANCA SILVA DE PONTES (PESQUISADORA RESPONSÁVEL)

Contato com a pesquisadora responsável Tel(21) 98662-5255

e-mail biancasdpontes@gmail.com

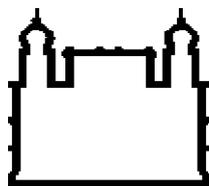
Rio de Janeiro, ___/___/2018.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

(Assinatura da participante da pesquisa)

Nome da participante: _____

APÊNDICE C - TCLE PROFISSIONAIS DE SAÚDE



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA AS PROFISSIONAIS QUE REALIZAM O GRUPO DE GESTANTES

Prezada Participante,

Você está sendo convidada a participar da pesquisa “Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos com usuárias gestantes de uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro”, desenvolvida por BIANCA SILVA DE PONTES, discente de Mestrado em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das Professoras Dra. Simone Monteiro e Adriana Kelly Santos, ambas pesquisadoras do Laboratório de Educação em Ambiente e Saúde, do Instituto Oswaldo Cruz/Fiocruz.

O objetivo central desta pesquisa é analisar a recepção de materiais educativos sobre IST/Aids entre gestantes atendidas num serviço de atenção primária em saúde no município do Rio de Janeiro. A finalidade deste trabalho é contribuir para o conhecimento das percepções de um grupo de gestantes acerca das mensagens sobre IST/Aids veiculadas em materiais educativos impressos.

O convite a sua participação se deve a sua inserção na unidade de saúde escolhida como profissional responsável pelo Grupo de Gestante desta unidade. Sua participação no estudo é voluntária e, portanto, você não é obrigada a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pela Pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano. Contudo, sua participação é muito importante para realização do estudo. Você não receberá valor financeiro em troca da sua participação, bem como não terá nenhum gasto decorrente da sua participação nesta pesquisa.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. A sua identidade será tratada com sigilo. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Asseguramos a confidencialidade e privacidade dos dados fornecidos por você para esta pesquisa.

A sua participação será através de uma entrevista individual realizada pela pesquisadora com o objetivo de levantar informações sobre as ações de comunicação sobre HIV/Aids desenvolvidas na unidade, em especial, para as mulheres gestantes. A gravação do áudio da entrevista é necessária para realização deste estudo, devido à importância do detalhamento do material obtido nos encontros, para que possamos realizar adequada aplicação do método de interpretação e análise dos dados. Solicitamos que você não assine este documento caso não concorde com o uso do gravador de áudio durante a entrevista em grupo. O tempo previsto para a entrevista é de trinta minutos (30min). As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 anos.

Tais procedimentos adotados obedecem às normas das pesquisas em Ciências Humanas e Sociais e seus métodos conforme Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

O benefício advindo da sua participação na pesquisa é o de fornecer dados que nos auxiliem no conhecimento do cuidado em saúde destinado às mulheres gestantes no âmbito da atenção básica. As suas percepções sobre o cuidado em saúde destinado às mulheres gestantes poderão ajudar estudantes e profissionais de saúde a pensar e formular maneiras de abordar o cuidado à saúde da mulher, em especial, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), de acordo com suas necessidades e contextos específicos de vida e saúde.

Este estudo não oferece riscos a sua integridade física, social e econômica. Contudo, há o risco de constrangimento em participar de uma entrevista e expor suas opiniões. Reforçamos que sua participação é voluntária e pode ser interrompida em qualquer momento da pesquisa.

Os resultados deste estudo serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, distribuição de materiais educativos explicativos ao grupo participante, artigos científicos e na dissertação do mestrado.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações ou retirar meu consentimento sem prejuízos ou penalidades.

AUTORIZO a gravação de áudio da entrevista em grupo, assim como o registro por escrito de dados obtidos nas conversas durante a realização do grupo. A pesquisadora me certificou de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Confiro que este termo foi redigido em duas vias e que recebi uma das vias; autorizo a execução do trabalho de pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

Observações

Todas as páginas deverão ser rubricadas pela participante da pesquisa e pela pesquisadora responsável.

“Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da ENSP. O Comitê de Ética é a instância que tem por objetivo defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. Dessa forma o comitê tem o papel de avaliar e monitorar o andamento do projeto de modo que a pesquisa respeite os princípios éticos de proteção aos direitos humanos, da dignidade, da autonomia, da não maleficência, da confidencialidade e da privacidade”.

Tel e Fax - (0XX) 21- 25982863

E-Mail: cep@ensp.fiocruz.br

<http://www.ensp.fiocruz.br/etica>

ica

Endereço: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/ FIOCRUZ, Rua Leopoldo Bulhões, 1480 –Térreo - Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ - CEP: 21041-21

BIANCA SILVA DE PONTES (PESQUISADORA RESPONSÁVEL)

Contato com a pesquisadora responsável Tel(21) 98662-5255

e-mail biancasdpontes@gmail.com

Rio de Janeiro, ___/___/2018.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

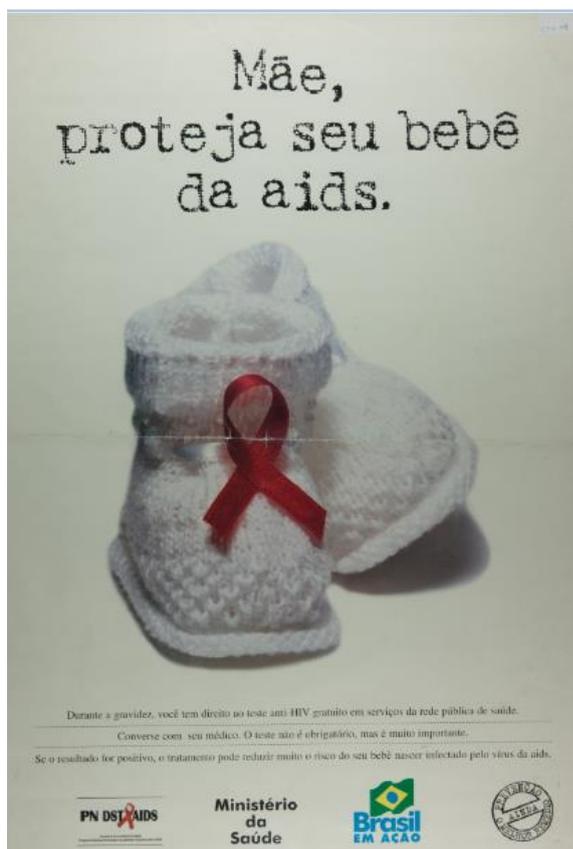
(Assinatura da participante da pesquisa)

Nome da participante: _____

ANEXO A – MATERIAIS EDUCATIVOS

Cartazes

CTZ19



Fonte: BRASIL [entre 1995 e 2002].

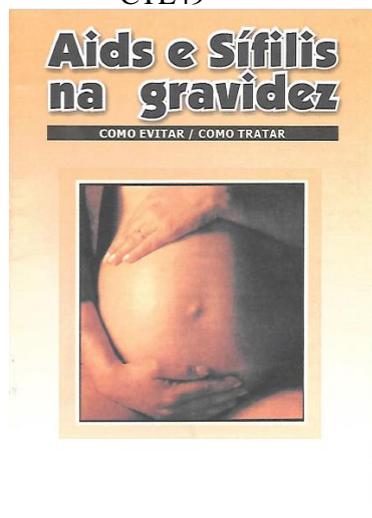
CTZ21



Fonte: BRASÍLIA [entre 1995 e 2002].

Cartilha

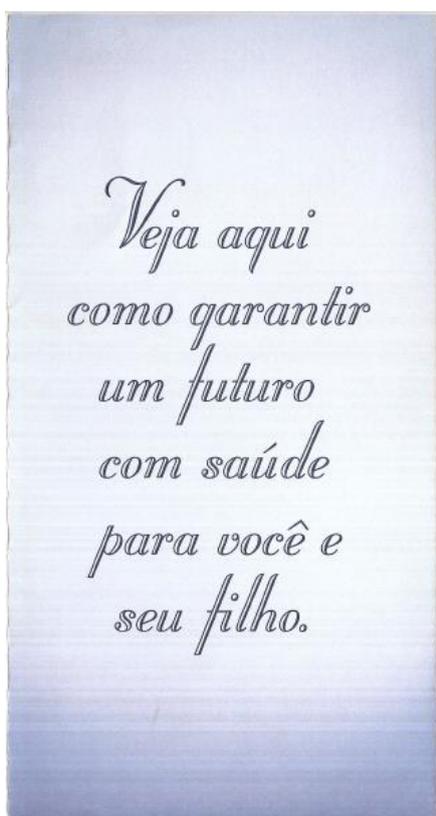
CTL49



Fonte: VITÓRIA DA CONQUISTA [entre 1997 e 2004].

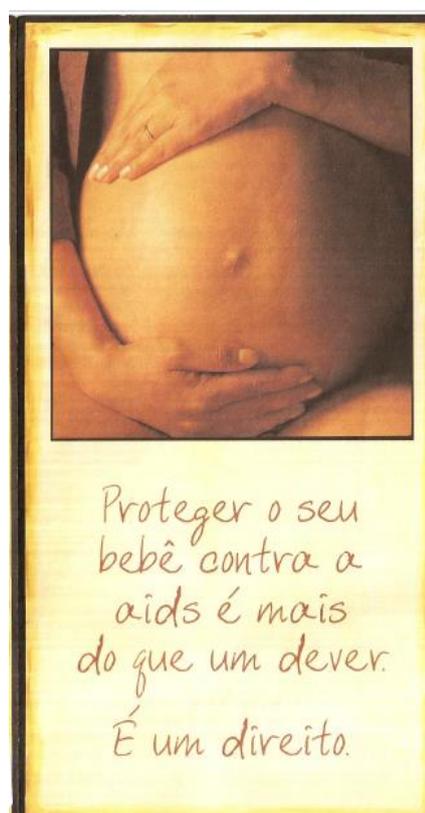
Folhetos

FOL36



Fonte: BRASIL [entre 2003 e 2011].

FOL43



Fonte: BRASIL [entre 1995 e 2002].

FOL87



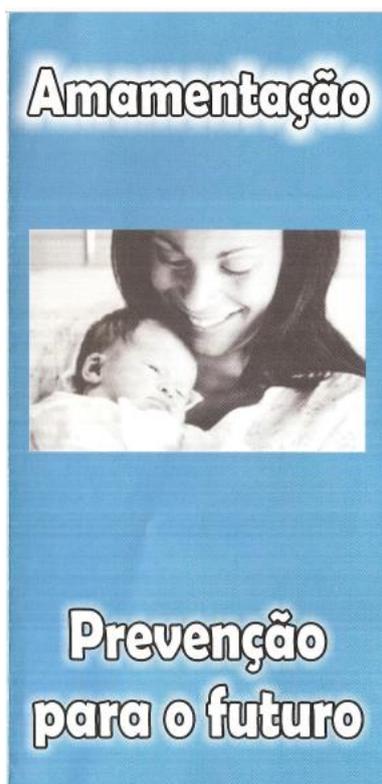
Fonte: SANTO ANTÔNIO DE JESUS [entre 2006 e 2007].

FOL99



Fonte: RIO DE JANEIRO [entre 1995 e 2002].

FOL128



Fonte: GOIAS [entre 2003-2011].

FOL157



Fonte: BAHIA [entre 2003 e 2011].

FOL 202



Fonte: SERGIPE [entre 2015-2016].

Panfletos

PAN11



Fonte: BRASIL, 2004

PAN60



Fonte: BRASIL, 2016

PAN61

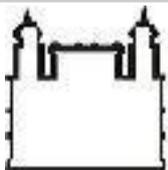


Fonte: BRASIL, 2016

PAN62



Fonte: BRASIL, 2017



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos com usuárias gestantes de uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro

Pesquisador: BIANCA SILVA DE PONTES

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 88874618.9.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.719.767

Apresentação do Projeto:

Este parecer refere-se a análise de resposta às pendências, emitidas pelo CEP/ENSP no parecer número 2.661.763, em 17/05/2018.

Trata-se de projeto do curso de mestrado em Saúde Pública, intitulado “Comunicação, AIDS e Gênero: recepção de materiais educativos com usuárias gestantes de uma unidade da Atenção Básica no Rio de Janeiro”, e proposto por Bianca Silva de Pontes, sob orientação de Simone Souza Monteiro e Adriana Kelly Santos. Projeto qualificado em 05/04/2018. Possui financiamento próprio, orçado em R\$1.183,00, apresentado no PB-Informações Básicas do Projeto.

Resumo do projeto: "O presente trabalho tem como objetivo analisar os sentidos atribuídos às mensagens veiculadas em materiais educativos sobre IST/Aids, no que diz respeito à saúde/risco/adoecimento e no que diz respeito aos papéis e normas de gênero por mulheres gestantes atendidas em um serviço da Atenção Básica de Saúde no Rio de Janeiro. Tem-se como hipótese de que a construção social da mulher como destinada naturalmente à maternidade exerce influência direta nas ações de prevenção às IST/Aids destinadas a esse grupo. A metodologia consiste em um estudo de recepção de abordagem etnográfica utilizando técnicas como a observação da unidade de saúde escolhida e a realização de grupo focal com 20 gestantes atendidas nesse serviço de saúde. No grupo focal será apresentado um conjunto de sete materiais

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

CEP: 21.041-210

Bairro: Manquinhos

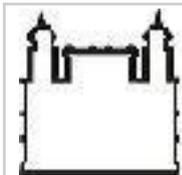
Município: RIO DE JANEIRO

UF: RJ

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Telefone: (21)2598-2863



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.719.767

educativos destinados às mulheres gestantes para debate com o grupo sobre os temas abordados nos materiais no que se refere ao cuidado à saúde da mulher e a prevenção das IST/Aids. Considerando a escassez de estudos que investiguem o processo de produção-circulação-apropriação de materiais educativos em saúde, espera-se que este trabalho possa contribuir para o campo da comunicação e saúde através do conhecimento das percepções de um determinado grupo para quem as mensagens são destinadas. A realização de um estudo de recepção pode contribuir ainda para identificar as permanências e os avanços presentes na abordagem sobre a prevenção às IST/Aids entre a população feminina. Os achados podem apontar sob qual aspecto as mensagens veiculadas em materiais educativos reforçam ou desafiam as concepções e expectativas sociais tradicionais relacionadas ao gênero e ao HIV/Aids."

Metodologia: "Adota-se o referencial dos estudos de recepção de abordagem etnográfica que consideram a recepção como uma etapa do processo comunicacional assim como a produção e a circulação de mensagens onde "cada etapa possui suas próprias formas e condições de existência, mas estão articuladas entre si e determinadas por relações de poderes institucionais" (ESCOSTEGUY; JACKS, 2005, p. 40). [...] Sendo a recepção parte de um processo comunicativo mais amplo, apreender o modo de funcionamento da unidade de saúde, as relações estabelecidas no cuidado com a saúde da gestante, o uso de materiais educativos nas ações de saúde se constitui como parte do estudo de recepção. Considera-se que a abordagem etnográfica empregada na análise da interação entre mulheres gestantes com os materiais de comunicação sobre IST/HIV destinadas a esse grupo possibilitará a observação dos aspectos verbais e não verbais presentes nessa interação, bem como os comportamentos que se repetem e os temas priorizados e/ou silenciados no debate sobre o cuidado à saúde e à prevenção do HIV/Aids. Desse modo, serão identificados que sentidos são produzidos e negociados durante a circulação da mensagem dentro do grupo. Objetiva-se acessar as gestantes por meio de uma unidade de saúde da rede pública do município do Rio de Janeiro. Os aspectos considerados como critérios para escolha do serviço foram: estar vinculado à Atenção Básica de saúde do município, desenvolver alguma atividade de educação em saúde voltada especificamente para gestantes, ser acessível e autorizar o desenvolvimento do estudo. Com base nesses critérios, foi selecionado o Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria (CSEGSF) situado no território de Manginhos. Como estratégias metodológicas, serão utilizadas a observação da unidade e a realização de grupo focal. Na observação da unidade, serão identificados aspectos sobre seu funcionamento e as atividades realizadas em relação ao cuidado com a saúde da mulher gestante. A partir de visitas semanais à

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manginhos

UF: RJ

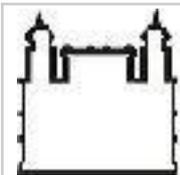
Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 21.041-210

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Telefone: (21)2598-2863



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.719.767

unidade, em horários diferenciados, conversarei com quatro profissionais de saúde que realizam o “Grupo de gestantes” na unidade para levantar informações sobre o funcionamento do grupo. Ainda serão identificadas as demais atividades destinadas ao cuidado de gestantes e o uso de materiais de comunicação nessas atividades. A entrevista será realizada na sala da unidade em que são realizadas as reuniões do grupo de gestantes, onde será obtido o TCLE. Como parte da observação, será dada continuidade a observação do grupo de gestantes no mesmo período para o mapeamento das interações entre essas mulheres, das percepções sobre os temas privilegiados e excluídos em suas conversações, e de suas experiências em relação ao cuidado a saúde da mulher. Para a realização da etapa de análise da recepção dos materiais de comunicação sobre IST/Aids por um grupo de gestantes atendidas na unidade, foi escolhida a técnica de Grupo Focal. Para a constituição do grupo focal serão convidadas 20 gestantes, preferencialmente, aquelas que participaram do grupo para gestantes promovido na unidade investigada. Soma-se a esse

fato o interesse em participar do estudo. As mulheres serão convidadas por meio de um convite entregue pessoalmente na unidade. Serão organizados quatro grupos focais constituídos por cinco gestantes, totalizando as 20 participantes. Para cada grupo estão previstos dois encontros em uma sala reservada da unidade onde o TCLE será obtido. Cada grupo terá duração de 1h30."

Tamanho Amostral: 24 indivíduos.

Critério de Inclusão: "Para a constituição do grupo focal serão convidadas 20 mulheres gestantes, preferencialmente, aquelas que participaram do grupo para gestantes promovido na unidade investigada pelo menos nos dois últimos meses antes do início da pesquisa. Como critérios de inclusão utiliza-se: ser usuária do serviço de saúde escolhido, participar nas consultas de pré-natal, ser maior de 18 anos, podendo ou não ter o diagnóstico positivo para o HIV. Como critério de inclusão das profissionais que farão parte do estudo utiliza-se a vinculação ao grupo de gestantes desenvolvido na unidade de saúde como coordenadora do grupo."

Critério de Exclusão: Não declarado.

Cronograma: presente no PB – Informações Básicas do Projeto e em documento anexo.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: "Analisar os sentidos atribuídos às mensagens veiculadas nos materiais educativos sobre IST/Aids, no que diz respeito à saúde/risco/adoecimento e no que diz respeito aos papéis e normas de gênero por mulheres gestantes atendidas em um serviço da Atenção

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Mangueiras

UF: RJ

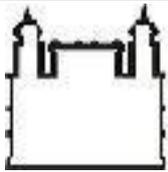
Telefone: (21)2598-2863

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

CEP: 21.041-210

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.719.767

Básica de Saúde no Rio de Janeiro."

Objetivo Secundário: "Identificar as concepções de gênero e cuidado à saúde, em especial, a prevenção das IST/Aids desse grupo de gestantes."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a autora refere que "Para as gestantes usuárias do serviço, há o risco de constrangimento em participar de uma entrevista em grupo e expor suas opiniões acerca das mensagens dos materiais educativos sobre IST/Aids. Para as profissionais, há o risco de constrangimento em responder às perguntas sobre o funcionamento da unidade e a existência de ações de comunicação e educação e saúde destinadas à prevenção do HIV/Aids para as mulheres na unidade de saúde em que estão vinculadas como profissionais."

Sobre os benefícios, a proponente indica que "O benefício advindo da participação na pesquisa é o de fornecer dados que auxiliem no conhecimento das condições de vida e saúde de mulheres a quem são destinadas as mensagens prevenção ao HIV/Aids em materiais educativos. As percepções sobre estas mensagens poderão ajudar estudantes e profissionais de saúde a pensar e formular maneiras de abordar o cuidado à saúde da mulher, em especial, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), de acordo com suas necessidades e contextos específicos de vida e saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O protocolo de pesquisa apresenta todos os elementos necessários e adequados à apreciação ética e as pendências emitidas no parecer anterior foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos na Plataforma Brasil:

- Folha de Rosto gerada pela Plataforma Brasil assinada pelo pesquisador responsável.
- Projeto de Pesquisa na íntegra, nomeado Projeto_Bianca_Pontes.pdf, postado em 20/04/2018;
- Formulário de Encaminhamento nomeado Formulario_encaminhamento_Bianca.pdf, postado em 24/04/2018;
- Cronograma, nomeado Cronograma.pdf, postado em 22/04/2018;
- PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1115725.pdf, postado em 28/05/2018;
- Planilha de orçamento, nomeado orçamento.pdf, postado em 22/04/2018;
- Termo de anuência da unidade participante Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria como campo de pesquisa, adequado, nomeado Termo_Anuencia.pdf, postado em 28/05/2018;

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manginhos

UF: RJ

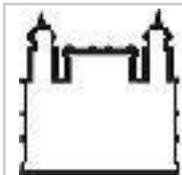
Telefone: (21)2598-2863

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

CEP: 21.041-210

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.719.767

- Roteiro de entrevista para profissionais de saúde, nomeado Roteiro_entrevista.pdf, adequado, postado em 20/04/2018;
- Roteiro de grupo focal para gestantes, nomeado Roteiro_grupo_focal.pdf, adequado, postado em 20/04/2018;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para gestantes, nomeado tcle_gestantes.pdf, adequado e com as correções propostas efetuadas, postado em 28/05/2018;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de saúde, nomeado tcle_profissionais.pdf, adequado e com as correções propostas efetuadas, postado em 28/05/2018;
- Termo de autorização assinado e datado para fornecimento de banco de dados para uso na pesquisa em questão (ainda que o referido banco seja de acesso público e irrestrito); nomeado autorização_banco_materiais.pdf, postado em 27/04/2018;
- Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Viçosa sobre o projeto intitulado "Materiais Educativos sobre DST/Aids: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas vigentes neste campo", de coordenação de Adriana Kelly Santos, e do qual deriva o banco de materiais educativos a ser utilizado na pesquisa em tela.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP/ENSP considera que o protocolo do projeto de pesquisa ora apresentado contempla os quesitos éticos necessários, estando apto a ser iniciado a partir da presente data de emissão deste parecer.

Obs: Projeto com Instituição Coparticipante registrada na Plataforma Brasil, que possua CEP, deverá aguardar a emissão do parecer de aprovação do mesmo para que possa ser iniciado no referido campo de pesquisa.

Para elaboração deste parecer, as pendências emitidas no parecer consubstanciado número 2.661.763, de 17/05/2018, forma analisadas conforme abaixo:

1 Item de pendência: Em ambos os TCLE, onde lê-se "Tais procedimentos adotados obedecem aos

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manginhos

UF: RJ

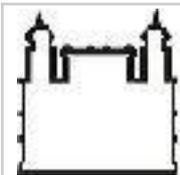
Telefone: (21)2598-2863

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

CEP: 21.041-210

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 2.719.767

Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução no. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde", solicita-se substituir a resolução 466/12 pela resolução 510/2016, que trata das pesquisas em ciências humanas e sociais e seus métodos.

Resposta da pendência 1: "Em ambos os TCLE, foi realizada a substituição da Resolução no. 466/12 pela Resolução nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Localização da alteração: página 2 de cada documento, 2º parágrafo (tcle_gestantes_modificado e tcle_profissionais _modificado). Foi realizada a mesma alteração nos apêndices A e B do projeto na íntegra — TCLE gestantes e TCLE profissionais, respectivamente."

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

2 Item de pendência: Apresentar termo de anuência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria, visto que o mesmo aprecia a realização do estudo antes da análise do CEP, não cabendo justificativa de entrega a posteriori.

Resposta da pendência 2: "Foi anexado na Plataforma Brasil o termo de anuência do Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria."

ANÁLISE DO CEP: PENDÊNCIA ATENDIDA

Considerações Finais a critério do CEP:

ATENÇÃO:

(A) ***CASO OCORRA ALGUMA ALTERAÇÃO NO FINANCIAMENTO DO PROJETO ORA APRESENTADO (ALTERAÇÃO DE PATROCINADOR, COPATROCÍNIO, MODIFICAÇÃO NO ORÇAMENTO), O PESQUISADOR TEM A RESPONSABILIDADE DE SUBMETER UMA EMENDA AO CEP SOLICITANDO AS ALTERAÇÕES NECESSÁRIAS. A NOVA FOLHA DE ROSTO A SER GERADA DEVERÁ SER ASSINADA NOS CAMPOS PERTINENTES E A VIA ORIGINAL DEVERÁ SER ENTREGUE NO CEP. ATENTAR PARA A NECESSIDADE DE ATUALIZAÇÃO DO CRONOGRAMA DA PESQUISA.

(B) ***CASO O PROJETO SEJA CONCORRENTE DE EDITAL, SOLICITA-SE ENCAMINHAR AO CEP, PELA PLATAFORMA BRASIL, COMO NOTIFICAÇÃO, O COMPROVANTE DE APROVAÇÃO. PARA ESTES CASOS, A LIBERAÇÃO PARA O INÍCIO DO TRABALHO DE CAMPO (COLETA DE DADOS, ABORDAGEM DE POSSÍVEIS PARTICIPANTES ETC.) ESTÁ CONDICIONADA À APRESENTAÇÃO DA FOLHA DE ROSTO, ASSINADA PELO PATROCINADOR, EM ATÉ 15 (QUINZE) DIAS APÓS A DIVULGAÇÃO DO RESULTADO DO EDITAL AO QUAL O PROJETO FOI SUBMETIDO.***

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manginhos

UF: RJ

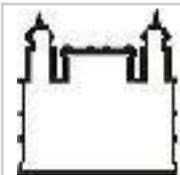
Telefone: (21)2598-2863

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

CEP: 21.041-210

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.719.767

(C) ***PARA CASOS DE ATENDIMENTO SIMULTÂNEO DAS EXIGÊNCIAS (A) E (B), ENCAMINHAR SOMENTE A EMENDA.

Verifique o cumprimento das observações a seguir:

1* Em atendimento a Resolução CNS nº 466/2012, cabe ao pesquisador responsável pelo presente estudo elaborar e apresentar ao CEP RELATÓRIOS PARCIAIS (semestrais) e FINAL. Os relatórios compreendem meio de acompanhamento pelos CEP, assim como outras estratégias de monitoramento, de acordo com o risco inerente à pesquisa. O relatório deve ser enviado pela Plataforma Brasil em forma de "notificação". Os modelos de relatórios (parciais e final) que devem ser utilizados encontram-se disponíveis na homepage do CEP/ENSP (www.ensp.fiocruz.br/etica).

2* Qualquer necessidade de modificação no curso do projeto deverá ser submetida à apreciação do CEP, como EMENDA. Deve-se aguardar parecer favorável do CEP antes de efetuar a/s modificação/ões.

3* Justificar fundamentadamente, caso haja necessidade de interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

4* O Comitê de Ética em Pesquisa não analisa aspectos referentes a direitos de propriedade intelectual e ao uso de criações protegidas por esses direitos. Recomenda-se que qualquer consulta que envolva matéria de propriedade intelectual seja encaminhada diretamente pelo pesquisador ao Núcleo de Inovação Tecnológica da Unidade.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manguinhos

UF: RJ

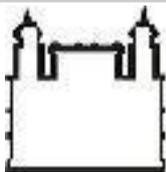
Telefone: (21)2598-2863

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

CEP: 21.041-210

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.719.767

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	FolhaderostoBiancaPontes.pdf	18/06/2018 16:38:20	Jennifer Braathen Salgueiro	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_PROJETO_1115725.pdf	28/05/2018 21:18:02		Aceito
Outros	Formulario_resp_pend_parecer_2_661_763.doc	28/05/2018 21:14:53	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Bianca_modificado.pdf	28/05/2018 21:08:37	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Outros	Termo_Anuencia.pdf	28/05/2018 21:05:25	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais_modificado.pdf	28/05/2018 21:01:32	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gestantes_modificado.pdf	28/05/2018 21:01:03	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Outros	parecer_comite_etica.jpeg	27/04/2018 12:47:43	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Outros	autorizacao_banco_materiais.pdf	27/04/2018 12:46:51	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_gestantes.pdf	24/04/2018 22:31:12	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_profissionais.pdf	24/04/2018 22:30:03	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Outros	Formulario_encaminhamento_Bianca.pdf	24/04/2018 15:55:34	MARIA EMILIA DUARTE DE OLIVEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao0001.pdf	22/04/2018 22:15:46	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto0001.pdf	22/04/2018 22:15:20	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Outros	formulario.pdf	22/04/2018 20:34:51	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	22/04/2018 20:32:08	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	22/04/2018 20:29:05	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Outros	Roteiro_entrevista.pdf	20/04/2018 12:57:29	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manquinhos

CEP: 21.041-210

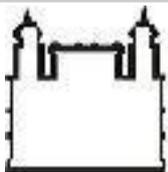
UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

Telefone: (21)2598-2863



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SERGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 2.719.767

Outros	Roteiro_grupo_focal.pdf	20/04/2018 12:41:05	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Bianca_Pontes.pdf	20/04/2018 12:26:35	BIANCA SILVA DE PONTES	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Junho de 2018

Assinado por:
Jennifer Braathen Salgueiro
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo

Bairro: Manginhos

UF: RJ

Telefone: (21)2598-2863

CEP: 21.041-210

Município: RIO DE JANEIRO

Fax: (21)2598-2863

E-mail: cep@ensp.fiocruz.br

