

(Re)pensando o HIV/Aids: novas respostas, velhos dilemas¹**(Re)thinking about HIV/Aids: new answers, old dilemmas**

DOI:10.34117/bjdv5n8-003

Recebimento dos originais: 14/07/2019

Aceitação para publicação: 12/08/2019

Luziana Marques da Fonseca Silva

Formação acadêmica mais alta: Doutora em Sociologia pelo Programa de Pós-graduação em Sociologia da UFPB.

Instituição: Universidade Federal da Paraíba.

Endereço: Av. Santa Elisabete, 160, Rio Tinto – Paraíba, CEP: 58297-000.

E-mail: luzianas@gmail.com

Melba Godoi Viera

Formação acadêmica mais alta: discente do curso de Antropologia.

Instituição: Universidade Federal da Paraíba.

Endereço: Av. Santa Elisabete, 160, Rio Tinto – Paraíba, CEP: 58297-000.

E-mail: melbagodoi@gmail.com

RESUMO

O presente trabalho discutirá a relação entre as percepções e as práticas de atendimentos dos profissionais de saúde da Atenção Básica sobre o HIV/Aids, a partir do material empírico de uma pesquisa realizada no município de Rio Tinto - Paraíba. A pesquisa teve como foco a compreensão das experiências e discursos dos profissionais de saúde relacionados a prevenção à epidemia e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) – atendidas nos serviços da Atenção Básica ofertados pelo SUS no município. Através de uma abordagem socioantropológica fizemos observações participantes em duas Unidades de Básicas de Saúde (UBS) e, posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais dessas unidades (agentes comunitários de saúde, médicos, odontólogos, enfermeiras e técnicas de saúde). Durante o prazo de vigência da pesquisa, a saber, outubro de 2016 a julho de 2017 – mapeamos o campo para identificação dos serviços e atores-chaves, acompanhamos a rotina diária de atendimentos e as interações entre usuários dos serviços de saúde e os profissionais. Para além da observação, ainda buscamos informações sobre os exames ofertados, tratamentos e outros serviços disponibilizados pela Atenção Básica; o que, de certo, nos despertou o interesse em acompanhar outras ações extramuros da UBS, como no caso da observação direta feita em uma campanha de ação de prevenção e assistência as ISTs, HIV/Aids e Hepatites Virais organizada pela Secretaria de Saúde em praça pública para a população do município. Alguns dos resultados encontrados apontam para a invisibilidade do HIV/Aids nos serviços, para a escassez de treinamentos e a pouca presença da temática em materiais informativos nas Unidades Básicas de Saúde; questões estas que nos deflagraram muitas reflexões acerca das implicações locais para tal cenário, frente as carências de um

¹ A discussão aqui apresentada é um desdobramento do relatório da pesquisa “Percepções dos profissionais de saúde sobre o HIV/aids: experiências de atendimento, práticas de saúde e de prevenção no município de Rio Tinto – PB, Coordenada pela Prof^a. Dr^a. Luziana Silva. O trabalho foi apresentado no XXV Encontro de Iniciação Científica da Universidade Federal da Paraíba.

serviço de atenção básica em uma cidade do interior da Paraíba, bem como, do lugar que as UBS ocupam, de fato, na política pública de territorialidade do combate ao HIV/Aids.

Palavras- chaves: Atenção Básica, Profissionais de Saúde, HIV/Aids, Rio Tinto.

ABSTRACT

This paper will discuss the relationship between perceptions and practices of care provided by primary health care professionals about HIV / AIDS, based on the empirical material of a research carried out in Rio Tinto - Paraíba. The research focused on the understanding of the experiences and discourses of health professionals related to epidemic prevention and assistance to people living with HIV / AIDS (PLWHA) - attended at the Primary Care services offered by SUS in the city. Through a socio-anthropological approach we made participant observations in two Basic Health Units (BHU) and, subsequently, semi-structured interviews were conducted with the professionals of these units (community health agents, doctors, dentists, nurses and health technicians). During the term of the research, namely October 2016 to July 2017 - we mapped the field to identify services and key actors, followed the daily routine of care and interactions between health service users and professionals. In addition to observation, we also sought information about the exams offered, treatments and other services provided by Primary Care; This certainly aroused our interest in following other UBS extramural actions, such as the direct observation made in a campaign to prevent and assist STIs, HIV / AIDS and Viral Hepatitis organized by the Health Secretariat in Plaza for the population of the municipality. Some of the results found point to the invisibility of HIV / AIDS in the services, the lack of training and the little presence of the subject in informative materials in the Basic Health Units; These questions have triggered many reflections on the local implications for such a scenario, given the needs of a primary care service in a city in the interior of Paraíba, as well as the place that the UBS actually occupy in the public policy of territoriality. the fight against HIV / AIDS.

Keywords: Primary Care, Health Professionals, HIV / AIDS, Rio Tinto.

1 INTRODUÇÃO

O artigo que aqui apresentamos se propõe a refletir sobre as experiências e percepções dos profissionais de saúde em práticas de atendimento e assistência tanto às pessoas que vivem com o HIV/Aids (PVHA) quanto aos usuários que procuram o serviço de saúde para realizar o teste sorológico. Para isto, recorreremos aos achados de uma pesquisa que realizamos no marco temporal de outubro de 2016 a julho de 2017, em dois serviços de Atenção Básica ofertados pelo SUS no município de Rio Tinto – Paraíba.

Para entendermos os meandros da lógica dos serviços, tomamos como norte dessa pesquisa os seguintes pontos de partida: a) investigação das práticas de saúde direcionadas aos usuários que procuram o atendimento de prevenção e/ou no tratamento do HIV/Aids; b) identificação do modo como os profissionais de saúde são preparados para abordar a temática do HIV/Aids (para indicar métodos preventivos e para realizar a testagem sorológica); c) mapeamento dos tipos de serviços de atendimento destinados ao enfrentamento à epidemia

(ou assistência PVHA) que são oferecidos pelas unidades de saúde; e d) reflexão sobre as políticas públicas de saúde referentes ao enfrentamento do HIV/Aids - examinando se elas estão sendo implementadas no campo estudado.

Inicialmente realizamos o mapeamento do campo para identificação dos serviços, dos atores-chaves e assim realizamos a observação participante em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS); buscamos informações sobre os exames ofertados, tratamentos e outras demandas que permeiam o Serviço de Atenção Básica. Dessa maneira, constatamos que os serviços de saúde da Atenção Básica no município de Rio Tinto eram organizados em nove Unidades de Saúde da Família (USF), as quais quatro estavam localizadas na zona urbana e cinco situadas na zona rural. Com o objetivo de conhecer e destacar as particularidades de cada contexto, decidimos que teríamos como campo de nossa pesquisa uma unidade da zona rural e outra da zona urbana. Ainda que as delimitações entre urbano e rural não fossem tão claras (tanto para nós quanto nas falas dos sujeitos da pesquisa), tomamos como referência a demarcação feita pela Secretaria de Saúde da cidade.

A escolha do município de Rio Tinto como campo de investigação se deveu, por um lado, pela sua localização geográfica, uma vez que as mudanças no perfil epidemiológico do HIV/Aids no Brasil apontam para a interiorização e pauperização dos soropositivos (Boletim Epidemiológico, 2010). De outro, agrega-se às alterações epidemiológicas a iniciativa acadêmica de estimular o engajamento de discentes do Centro de Ciências Sociais Aplicadas (CCAUE/UFPB - situado em Rio Tinto) na realização de pesquisas de campo, uma vez que falamos de um campus relativamente novo (no momento da pesquisa estava completando 10 anos de sua instalação) que tem uma tradição de pesquisas por fazer-se. De acordo com o Departamento de DST, HIV/Aids e Hepatites Virais, foram notificados na Paraíba 185 casos de pessoas infectadas pelo HIV em 2016, totalizando 7.572 casos positivos no estado. Na cidade de Rio Tinto, com a população por volta de 24.000 habitantes, foram notificados até 2016, 86 casos da doença².

A partir de uma abordagem socioantropológica realizamos uma pesquisa qualitativa através da observação participante e de entrevistas com a equipe multiprofissional de saúde sobre as dinâmicas e práticas de saúde e as lógicas de cuidado relacionadas ao HIV/Aids. Assim, diante do material empírico encontrado na pesquisa, trabalharemos com autoras como Ferreira & Fleischer (2014) para pensar o lugar que as pesquisas das ciências sociais ocupam no campo da saúde e os seus desdobramentos em nosso “fazer” socioantropológico. De outro

² Disponível em: < <http://indicadores.aids.gov.br/> > Acessado em 24 de agosto de 2017.

modo, para a discussão sobre os modos subjetivos, simbólicos e plurais de perceber o HIV/Aids iremos dialogar com a problematização sobre a “vulnerabilidade programática” realizada por Ayres (1999), com a reflexão sobre “a invisibilidade do HIV/Aids nos serviços de saúde” a partir de La Maison (2014) e a noção de “doença do outro” tecida por Knauth (1999). E ainda abordaremos as questões relacionadas ao sigilo sobre o diagnóstico a partir das discussões sobre a “fofoca” de Fonseca (2004) e a “confiança” de Silva (2012).

Inicialmente, dialogaremos sobre as estratégias do Ministério da Saúde de enfrentamento ao HIV/Aids e de assistência às pessoas vivendo (PVHA). Em seguida, destacaremos as negociações e complexidades do nosso percurso no trabalho de campo, assim como debateremos sobre as relações entre pesquisadoras e interlocutores. Ainda traremos a análise acerca das percepções dos profissionais de saúde em relação à temática, suas dificuldades em lidar com as questões subjetivas orientadas pelos imaginários sociais da doença, bem como, a “invisibilidade” do HIV/Aids nos serviços observados. E, enfim, discutiremos sobre os impactos da história social de estigmatização da epidemia para a abordagem dos profissionais de saúde e a relação com as PVHA.

2 A DESCENTRALIZAÇÃO DA RESPOSTA SOCIAL AO HIV/AIDS

No Brasil, remonta-se que os primeiros casos da epidemia apareceram no início da década de oitenta em São Paulo. Diversos sujeitos sociais contribuíram para uma trajetória coletiva do enfrentamento ao HIV/Aids e, após uma década de lutas, deu-se início a distribuição de medicamentos pelo sistema público de saúde, que passou a ser assegurada após a publicação da Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996 – a qual garante a distribuição gratuita de medicamentos para pessoas com HIV/Aids pelo sistema público de saúde.

Ao longo das últimas décadas, o acesso a tratamentos biomédicos mais eficientes culminou na redução da mortalidade e na melhoria da qualidade de vida das PVHA; com isso, passou-se a ter uma condição de cronicidade (La Maison, P. 27) na experiência de vivência com o vírus. A cronicidade provocou a necessidade de reorganização do modelo de atenção em saúde ao HIV/Aids, isto é, a descentralização do atendimento antes unicamente realizados em Serviços de Atendimento Especializados (SAE).³

Segundo o Ministério da Saúde, a Atenção Básica é o primeiro estágio de atenção à saúde e caracteriza-se por uma integralização de ações de saúde na esfera coletiva e individual,

³ Disponível em: < http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd18.pdf > Acessado em 24 de agosto de 2017.

nas quais compreendem “a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde”⁴, tendo por objetivo desenvolver um cuidado integral que gere impacto positivo nas condições de saúde da população em geral. Dessa forma, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada para a reestruturação da Atenção Básica no país, conforme os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), sendo esta pensada como estratégia de ampliação, qualificação e concretização da Atenção Básica – ESF é realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS)⁵ as quais foram o campo de nossa pesquisa.

Com base na prerrogativa de que a Atenção básica seria o ponto de partida para a assistência à saúde, a resposta nacional ao HIV/Aids reconfigura-se e passa a ser pensada a partir da atuação em rede; isto é, os Serviços de Atendimento Especializados (SAE) deixariam de ser os únicos responsáveis pelo cuidado e a Estratégia de Saúde da Família passaria a assumir uma nova demanda. Entretanto, no contexto pesquisado, conforme relatos dos profissionais de saúde, a assistência e o tratamento dos usuários dos serviços de Rio Tinto são realizadas na capital, João Pessoa, no hospital Lauro Wanderley - SAE Materno Infantil e no SAE Complexo Hospitalar Clementino Fraga. Muito embora a descentralização das ações de enfrentamento à epidemia proponha a criação de uma rede de serviços de saúde, contudo, as PVHA que moravam na área de cobertura das UBS pesquisadas continuavam seguindo para os serviços especializados. Desse modo, nos parece pertinente pensar sobre a dinâmica dos serviços, as relações com usuários e as razões para o descompasso entre as ações programáticas propostas pelo Ministério da Saúde e a realidade encontrada em campo, uma vez que a centralização do HIV/Aids nos SAE põe em xeque a existência de uma rede de atendimento.

O acesso universal ao tratamento e a prevenção do contágio do HIV tornou-se uma referência brasileira ao combate à epidemia. Contudo, hoje, as tecnologias biomédicas (TcP- Tratamento como prevenção e as profilaxias pré-exposição – PrEP e pós-exposição – PEP) parecem ter se projetado de tal modo a ponto de tornarem-se o foco principal do enfrentamento. Conforme abordaremos no próximo capítulo, pouco se vê e ou se ouve falar do HIV/Aids nas unidades de saúde, e por outro lado, profissionais relataram a escassez de treinamento sobre as práticas de cuidados destinadas ao tratamento e prevenção à epidemia.

⁴ Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php > Acessado em 24 de agosto de 2017.

⁵ Disponível em: < http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php > Acessado em 24 de agosto de 2017.

Parece-nos que existe um hiato entre o aperfeiçoamento de recursos humanos, campanhas de prevenção/ informação em relação ao HIV/Aids e às descobertas biomédicas.

3 CAMINHOS METODOLÓGICOS

A observação participante foi realizada em duas Unidades de Saúde da Família (USF) e o foco do nosso olhar se direcionou para a dinâmica de funcionamento das unidades, os tipos de serviços ofertados, as estratégias de prevenção ao HIV/Aids e assistência as PVHA, assim como, nos relatos sobre as experiências dos profissionais e gestores da área de saúde do município. Posteriormente, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais dos serviços de saúde (ACS, médicos, odontólogos, enfermeiras e técnicas de saúde). Procurávamos as narrativas dos profissionais sobre os serviços direcionados ao HIV/Aids, com o propósito de conhecer o cotidiano de trabalho desses sujeitos, suas percepções, as práticas de saúde e os imaginários sobre a epidemia; assim, tentamos compreender os significados e questões subjetivas envolvidas nas experiências de atendimentos e de que forma essas implicações tem impacto ao enfrentamento da epidemia.

Segundo Geertz, a partir da prática da observação etnográfica, “é que se pode começar a entender o que representa a análise antropológica como forma de conhecimento.”(2008, P. 04). Assim, Geertz, propõe a construção de uma descrição densa, a qual vai além de uma mera interpretação dos discursos, da coleta de dados e das práticas observadas em campo, pois a cultura é constituída por uma grande e extensa teia envolvida em diversos significados e para acessarmos esses significados é preciso observar a simbologia e realizar uma antropologia baseada em uma etnografia densa (Geertz., 2008). Muito embora enveredemos por essa teia de significados, estamos cientes das limitações temporais da pesquisa e não realizaremos a pretensa “descrição densa” apontada por Geertz (2008), com isso, nossa abordagem segue pela linha socioantropológica compreensiva na qual os significados que os sujeitos atribuem ao HIV/Aids, os aspectos simbólicos e sociais, que lançam luz sobre suas práticas profissionais, serão considerados a partir do contexto situacional; isto dito, assumimos esta perspectiva como o norte de nossa interpretação.

De tal modo, realizamos a observação participante em dois serviços de saúde: Unidade de Saúde da Família na área Rural⁶ e Unidade de Saúde da Família na área Urbana. Durante cinco meses, fomos a campo com o objetivo de acompanhar a rotina dos profissionais e dos

⁶ Decidimos denominá-las apenas como Unidade de Saúde da Família da área rural e da área urbana com o objetivo de garantir o anonimato dos profissionais de saúde, uma vez que pelo nome do serviço eles poderiam ser facilmente identificados.

serviços. A este respeito, nos parece pertinente antes problematizar nossa entrada no campo de pesquisa.

Durante os primeiros meses da pesquisa, tivemos dificuldades para obter a carta de anuência. Mesmo após negociações com o coordenador da Atenção básica e a entrega do projeto para a apreciação da Secretaria de saúde de Rio Tinto, não obtivemos sucesso. Cientes de que os caminhos de uma pesquisa das Ciências Sociais na área de saúde envolvem disputas entre campos do saber, assim como incorrem em “situações imprevisíveis, desafiadoras e burocráticas” (2014, P.13), como nos alertam Ferreira e Fleischer, nos dedicamos inicialmente à pesquisa bibliográfica enquanto continuávamos nas negociações para entrada em campo. Cogita-se que o cenário político local conturbado possa ter influenciado na decisão da não anuência da pesquisa. Isto dito, no início de 2017, com o retorno das atividades acadêmicas e com a posse da nova gestão municipal, obtivemos a carta de anuência sem dificuldades.

A USF Urbana foi a primeira a ser investigada. A equipe era composta por: um médico, uma enfermeira (coordenadora da unidade), uma técnica de enfermagem, um cirurgião-dentista (e sua auxiliar) e dez ACS - agentes comunitários de saúde (em sua totalidade mulheres), uma recepcionista, um motorista e uma profissional dos serviços gerais. Na rotina diária, nos dias de atendimento médico (segunda, terça e quarta-feira), passavam cerca de cinquenta pessoas pela unidade entre elas, gestantes, crianças, adultos e, principalmente, idosos. Os atendimentos giravam em torno da Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme as diretrizes do plano de Atenção Básica, os serviços ofertados para a população envolviam saúde do idoso, que corresponde à visita domiciliar, saúde da criança: vacinação e puericultura; saúde da mulher: pré-natal, citológico e planejamento familiar. O acompanhamento de doenças crônicas, principalmente, diabetes e hipertensão, vacinas, atendimento médico e odontológico eram os serviços de maior procura na unidade.

A chegada em campo ocorreu sem entraves, sobretudo, pelo fato de na primeira semana de observação o movimento de usuários na unidade ter sido relativamente baixo, uma vez que o serviço estava sem médico. Ainda assim, de início, a nossa presença na unidade despertou a curiosidade dos usuários, que perguntavam com frequência se éramos novas trabalhadoras da unidade. Por outro lado, as ACS perguntavam: “o que você está mesmo pesquisando?”. Como o propósito da observação era o de acompanhar as práticas de atendimento aos usuários que procuravam o serviço em relação ao HIV/Aids, transitávamos entre a recepção, corredores médico e odontológico, farmácia e a sala multiuso, afim de colher alguma informação e entender o fluxo do serviço.

Certo dia, em uma conversa na recepção a ACS Angelina⁷ perguntou sobre a pesquisa, e foi explicado que o objetivo era observar o dia-a-dia do profissional de saúde, a dinâmica de funcionamento da unidade, conhecer o público atendido e identificar os serviços ofertados em relação ao HIV. A profissional narrou que as pessoas as quais procuravam o “exame rápido” geralmente pediam pra falar em particular com a enfermeira, “uma ou outra pessoa não tinha vergonha de dizer, um dia um homossexual chegou falando abertamente que queria fazer o exame, mas é um ou outro”. Perguntamos se existia acompanhamento das ACS aos diagnosticados com o vírus; ela respondeu que era difícil porque as pessoas “escondiam a doença”, disse que a rotina de acompanhamento era feito por casa, “existe um responsável pela casa e uma ficha para cada morador, na ficha contém as informações, mas as pessoas não falam sobre a doença. Tem uma Agente que na área dela tem uma mulher com Aids e todos sabem. A conversa foi interrompida por uma usuária do serviço, em seguida fomos conversar com outras duas agentes e uma delas confirmou que tem uma portadora do vírus na sua área de acompanhamento, mas que o tratamento era feito no SAE Clementino Fraga” – discutiremos as questões sobre confiança e sigilo mais à frente.

De acordo com nossa observação, verificamos a pouca presença, ou quase nenhuma, da temática do HIV/Aids, não foi encontrado no âmbito da USF Urbana nenhum material acerca das ações de prevenção e/ ou assistência aos usuários do serviço. No quadro de avisos, o qual estava afixado no corredor do consultório médico, não foi encontrada nenhuma informação sobre IST's em geral. As informações que continham no quadro eram sobre: o Programa Bolsa Família, marcação de consultas odontológicas, dias de atendimento médico, calendário de vacinas e etc. Durante o período em que estivemos no serviço, percebemos uma baixa procura quanto aos preservativos – depois ficamos sabendo que algumas agentes ficam com preservativos na bolsa de trabalho para entregar aos jovens que têm vergonha de buscar no serviço.

Durante a observação na UBS Urbana, nos chamou atenção a estratégia de reivindicação dos usuários do serviço quando queriam reclamar dos profissionais de saúde/serviço ou denunciar a falta de medicação. A cidade de Rio Tinto é uma cidade na qual a população tem uma relação direta de reclamação pela rádio, assim, as insatisfações da população chegavam diretamente à prefeitura, dessa forma, os profissionais e as ACS ficavam com certo receio de tais situações. Chegamos a presenciar a visita do prefeito a unidade devido às reclamações, ele se dirigiu à recepcionista da unidade e perguntou pela coordenadora, após

⁷ Usamos nomes fictícios para manter o sigilo sobre a identidade de interlocutores.

informação que a profissional estava em visita domiciliar, o gestor passou a questionar o motivo da ausência de medicamentos e mencionou a reclamação feita por usuários. Esse tipo de situação, entre outras reivindicações, apareciam com certa frequência na unidade, a rádio era usada pela população como um dispositivo de controle social.

Durante três meses, realizamos a observação e as entrevistas em profundidade com os profissionais de saúde da unidade. Na medida em que as limitações temporais exigiam a mudança de unidade, finalizamos a participação na USF Urbana, e seguimos para a USF Rural.

A USF Rural localizava-se a apenas 3 quilômetros da entrada da cidade de Rio Tinto e sua equipe de profissionais era composta por: um médico, uma enfermeira (coordenadora da unidade), uma técnica de enfermagem, quatro ACS (porém, uma estava afastada por motivos de saúde) uma recepcionista, um odontólogo (e sua auxiliar), uma motorista e uma profissional para serviços gerais. Tendo em vista sua localização na área rural, a USF fechava mais cedo e funcionava das 7h30 às 15h.

De início, a nossa presença despertou a curiosidade dos profissionais e causou certo estranhamento aos usuários que perguntavam com frequência sobre o motivo de nossa presença ali. Certa vez, o médico interpelou: “E essa moça? Eu já ‘vi ela’ aqui direto, ela é nutricionista, é da secretaria, é o que?”. Após ser dada uma explicação sobre o projeto, o profissional teceu questionamentos sobre a legitimidade das ciências sociais para investigar o campo da saúde. Após um longo diálogo que resultou no aceite deste para a realização da entrevista, pudemos perceber que a negociação para entrada no campo perpassa diferentes momentos da pesquisa, e conforme nos alertam Beaud & Weber (2007), a observação exige um “saber fazer”, uma maneira de se comportar e se relacionar com os interlocutores.

Na rotina do serviço, a equipe seguia um cronograma de atendimento que delimitava o dia de acompanhamento dos usuários com doenças crônicas, como hipertensão, no chamado “hiperdia” (realizado nas terças-feiras) e nas quintas-feiras eram realizados os exames de glicemia. Nos dias de atendimento médico (segunda, terça, quarta e sexta-feira), passavam cerca de quarenta pessoas na unidade, eram realizadas visitas domiciliares aos idosos nas quartas-feiras, pré-natal, puericultura, vacinas, entrega de medicamentos, curativos, dentre outros atendimentos que eram realizados em demanda livre. Assim como na UBS Urbana, na área rural não encontramos informações sobre HIV/Aids e, muito embora o teste rápido para o HIV/Aids fosse disponibilizado, bem como, a distribuição de preservativo masculino e feminino, não encontramos nenhum tipo de divulgação; o que, quiçá, explique o motivo para a pouca procura por preservativos e a restrição da aplicação de teste rápido apenas em

gestantes no pré-natal. Para acessarmos as informações sobre as pessoas vivendo com o HIV e os serviços ofertados, participamos de visitas domiciliares com as ACS e dialogamos com os usuários da unidade (não encontramos nenhuma pessoa com diagnóstico revelado sendo atendida na unidade, mas ouvimos relatos sobre vizinhos e parentes distantes soropositivos).

4 VELHOS DILEMAS

A estratégia de enfrentamento ao HIV/Aids no Brasil está fundamentada em três pilares – a vigilância epidemiológica, a prevenção e a assistência – enquanto eixos articulados entre si na perspectiva de integralidade das ações de enfrentamento ao HIV/Aids (La Maison, 2014, P. 34). Conforme La Masion nos indica, “as ações voltadas à prevenção ao HIV/Aids em serviços de Atenção Primária em Saúde (APS) é uma estratégia proposta no Brasil desde meados dos anos 1990” (La Masion, 2014, P. 08). A partir deste pressuposto, as unidades básicas de saúde deveriam ocupar um lugar fundamental para a realização de ações preventivas e de acompanhamento às pessoas vivendo com HIV/Aids. Entretanto, ainda que o Brasil tenha avançado nas tecnologias biomédicas, os relatos dos profissionais nos revelou o pouco conhecimento da equipe sobre o vírus (e as formas de cuidados às pessoas vivendo com HIV).

Considerar a assistência, o acesso à prevenção e o tratamento destinados ao enfrentamento ao HIV/Aids a partir de um novo fluxo de ações descentralizadas e que atuam em rede, acaba por reconfigurar o lugar da epidemia na organização da atenção à saúde no Brasil. Desse modo, nos parece pertinente refletir não apenas sobre as questões de diagnósticos, tratamentos e novas biotecnologias, e sim, para além disto, atentar para as novas demandas assumidas pela Atenção Básica relacionadas à prevenção e aos cuidados com as vivendo com o HIV. Somando-se a tais questões, tem-se que ter em conta que os profissionais passaram a lidar com uma condição de saúde que até então era restrita à especialistas; e com isso, nos interessa aqui refletir como estes são afetados e atribuem/reproduzem sentidos e significados a essa nova demanda.

Dos serviços de saúde ofertados aos usuários nas USF, o teste rápido e a distribuição de preservativos (de pouca expressão nas unidades observadas) foram as práticas encontradas relacionadas ao HIV/Aids. O exame era aplicado pela enfermeira da unidade, porém, este comumente era realizado em gestantes no início e no final do pré-natal. Quando indagada sobre a procura do teste por parte da população em geral, a enfermeira do serviço respondeu que: “Tem pouca, mas muito pouca. Eu não sei se existe receio, se existe falta de divulgação,

mas a gente tem muito pouca.” Referindo-se aos usuários que procuram à unidade para realizar o teste, a profissional ainda acrescentou:

Eu já tive procura de uns três homossexuais. E já existiu uma paciente que disse que saiu com um rapaz e soube que ele era HIV positivo e queria fazer o teste. É, deixa eu ver, teve um que a gente fez, ele fez um teste rápido em um evento, deu positivo e ele veio confirmar. Pediu pra fazer novamente. É bem esporádica a procura desses testes. Não caiu na graça ainda não. (ENFERMEIRA COORDENADORA DA UNIDADE URBANA)

A enfermeira avanta questões como falta de divulgação sobre o teste, receio, e até um “não cair na graça” da população, para pouca procura dos testes. A teia de significados que a epidemia está historicamente enredada lança um grande desafio para essa dimensão de um cuidado integral e contínuo por meio da Estratégia da Saúde da Família. De um lado, temos uma territorialidade que abarca a criação de vínculos entre os profissionais e sua clientela, sobretudo quando se trata das Agentes de Saúde que moram na vizinhança, e de outro, uma epidemia que socialmente ainda é revestida pelo estigma e se ancora no sigilo e no medo; o que por sua vez se expressa em alguns relatos dos profissionais.

Na medida em que tem-se uma concepção que a vulnerabilidade às Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST's) não está no cotidiano das famílias, acaba-se por esvaziar o diálogo sobre a temática na rotina dos serviços e passa-se a focar em momentos pontuais, como na campanha promovida pela Secretaria Municipal de Saúde denominada de “1ª Ação Carnaval com Saúde”. A ação ocorreu em praça pública, com a oferta de um café da manhã para a população do município; a finalidade da campanha era de informar sobre as IST's, o abuso de bebida alcoólica durante o período de carnaval, distribuição de preservativos femininos e masculinos, prevenção contra o mosquito *aedes aegypti* e a realização de testes rápidos de HIV/Aids, hepatite B e C, sífilis, exame de glicemia e aferição de pressão arterial.

A estrutura do evento contou com uma grande tenda, na qual foram realizados os exames, os mesmos foram distribuídos em cinco mesas, cada mesa com uma enfermeira para realizar dos testes, os usuários formaram filas em frente às mesas e as ACS organizavam o atendimento e anotavam os números do Cartão Nacional de Saúde (CNS) do SUS dos usuários. A testagem para do HIV/Aids ficou entre as mesas dos exames de hepatite e sífilis, sem privacidade visual e auditiva para realização de nenhum dos testes. Na fila do exame de HIV/Aids, o fluxo de pessoas era variado entre homens e mulheres jovens, adultos, idosos (em sua maioria formado por mulheres). O manuseio do teste era feita de forma rápida pela enfermeira, a qual fazia algumas perguntas aos usuários, como o nome, local de moradia e

quem era a ACS que atendia na área do morador. A enfermeira usava luvas e escrevia o nome do usuário no aparelho do teste, em seguida, fazia um pequeno furo com agulha descartável no dedo do usuário e colocava uma gota de sangue no aparelho do teste e, após cerca de 20 minutos, o resultado era revelado. Alguns usuários aguardavam o resultado por perto da mesa, outros iam fazer os demais exames ou iam tomar café da manhã. Pôde-se perceber certa ansiedade nas pessoas que aguardavam por perto da mesa, como no caso de dois rapazes que ficaram atrás da mesa olhando para ver se conseguiam visualizar algo; fomos até eles e os mesmos revelaram que estavam um pouco nervosos com o resultado, “mesmo eu transando só com minha namorada, eu ainda fico com medo”, relatou um deles. Não foi possível investigar os motivos de tal medo, mas nota-se que o fato de ter uma parceira fixa é aludido como um elemento de proteção. Conforme nos alerta Silva (2012), o sentimento de proteção ao vírus nos relacionamentos heterossexuais fixos acaba por instaurar um imaginário de “barreira simbólica” que se traduz em termos práticos no abandono do preservativo.

Com o propósito de observar a dinâmica de atendimento, o público, o manejo das técnicas e a interação entre profissionais e usuários, bem como, as lógicas no cuidado e o acolhimento na entrega do resultado, acompanhamos todo fluxo do itinerário da ação. Com isso, foi possível observar que não houve diálogo no momento da entrega, nem acolhimento, já que os resultados dos testes eram repassados pela enfermeira que anotava o resultado em um papel e entregava para o usuário. Em certo momento, na entrega dos resultados, percebemos que a profissional agiu diferente, tentando tampar com a mão o que estava escrevendo, a enfermeira pediu a um usuário idoso que fosse a sua unidade Básica de Saúde realizar outros exames.

Ao final da campanha, fomos conversar com a enfermeira que realizou os testes e perguntamos quantos exames tinham sido realizados, ela respondeu: “cinquenta” e que “cinco exames tinham reagido”. Indagamos como era para ela revelar os resultados para os usuários, e ela respondeu: “Ah, a gente não tem estrutura pra ser mais reservado. Falei pra pessoa procurar seu posto de saúde e sua agente para fazer novos exames. A gente não pode falar direto, tem que dizer pra pessoa investigar.”

Segundo algumas experiências relatadas pelos profissionais durante as entrevistas, poucos deles se sentem preparados para falar sobre o HIV com a população. Assim, nos parece que a epidemia está fora da seara de demandas dos dois serviços; inclusive, esta questão se apresentou quando dois profissionais nos alertaram que não teríamos o que pesquisar sobre o HIV/Aids na sua unidade de saúde. Os relatos nos apontaram uma certa invisibilidade acerca

do HIV/Aids nas duas unidades pesquisadas, o que, por consequência, implica em um entrave para a acomodação da “nova” demanda na Atenção Básica.

Alguns profissionais relataram a falta de treinamento sobre a temática e de preparação para o atendimento, conforme a fala da Agente de Saúde Lourdes, atuando há 25 anos na profissão: “não me sinto preparada não, porque eu nunca tive uma preparação, o que eu sei foi ‘nu e cru’, de vê, de participar. Mas a gente nunca teve um treinamento em relação a isso. Não é só o HIV, são muitas, né?”.

E mesmo alguns profissionais que receberam treinamento não se sentem preparados, pois os treinamentos aconteceram há alguns anos, ou então, receberão informações rápidas, conforme o relato da interlocutora Paula, no cargo de ACS há um ano: “Eu não me sinto preparada, porque eu não tenho conhecimento profundo da doença mesmo em si, é tanto que eu vou procurar saber mais um pouquinho, vai que caso alguém queira me dizer.”

Em outro momento, na entrevista com a enfermeira Lucinha, a qual realizava os testes rápidos em uma das USF, a mesma revela que não se sente preparada para atender nos casos em que o resultado do teste seja positivo ao HIV: “Eu acho que precisaria de um treinamento a mais, porque a gente lida muito com todo mundo e, às vezes, essa especificidade fica um pouco esquecida, talvez fosse necessário algum estudo de aperfeiçoamento, não sei, mas eu acho que precisaria”. O modelo de atenção centrado nos serviços especializados ao HIV/Aids ainda persiste em algumas falas e, sobretudo, nas estratégias de saúde da família do município, uma vez que o lugar da resposta de enfrentamento à epidemia na Atenção Básica centra-se em momentos pontuais de campanhas e na realização de testes-rápidos (no momento da pesquisa estavam restritos à aplicação em gestantes no pré-natal, pois as unidades tinham poucos insumos). Acredita-se que o fato de estarmos refletindo sobre serviços localizados em uma cidade interiorana colabore para as dificuldades de acesso aos cursos de aperfeiçoamento, uma vez que comumente estes são realizados na capital, ou em cidades polos.

Se para Lucinha a revelação do diagnóstico demandaria uma preparação mais aprofundada para realizar o acolhimento, uma vez que um resultado positivo para o HIV poderia ocasionar grande choque psicológico; já para o odontólogo da unidade, o atendimento em sua área não teria especificidades significativas, por isso, ele se sente preparado para o atendimento: “Porque assim, relacionado à odontologia não muda muito o tratamento, então, se eu disser que não, eu ‘to’ fazendo uma diferenciação que basicamente não existe, para nós dentistas tanto faz o paciente com HIV, como o paciente normal, né? Sem problemas nenhum, então eu me sinto bem.”

Enquanto questões de saber técnico sobre o atendimento e os cuidados destinados a quem procura assistência relacionada ao HIV/Aids ainda provocam inseguranças e medos em alguns profissionais, por outro lado, é mister pensarmos a correlação entre as experiências profissionais e a sustentação institucional para que as práticas em saúde possam, de fato, serem realizadas a partir de lógica de fluxo em rede na qual a Estratégia de Saúde da Família” seja o ponto de partida. Assim, o conceito de “vulnerabilidade Programática” nos parece útil para discutirmos “os aspectos que dizem respeito às ações e políticas programáticas voltadas as atividades organizadas para o enfrentamento à epidemia do HIV/Aids” (Ayres, 1999, P. 51) e o cuidado às PVHA.

A discussão sobre a vulnerabilidade parte do pressuposto de que os indivíduos estão ligados a contextos sociais, individuais e institucionais, os quais tornam os sujeitos mais ou menos vulneráveis a contrair o vírus, a doença ou até morrer. Isto posto, o conceito de “vulnerabilidade programática” de Ayres (1999) nos ajuda a refletir sobre o papel das unidades básicas de saúde e sobre seu suporte institucional enquanto campo que foi pensado pela política nacional como uma dimensão estratégica ao enfrentamento ao HIV/Aids.

A descentralização do cuidado ancora-se na territorialidade da atenção à saúde e esta, por sua vez exige uma reconfiguração da demanda nos serviços, com seus impactos burocráticos; assim como, enreda os sujeitos que vivem com vírus em uma nova lógica de cuidados na qual a formação de vínculos, a familiaridade com a equipe de saúde, podem assumir um caráter paradoxal diante de uma epidemia que carrega uma história social de estigmatização – mais a frente voltaremos a esta questão.

Na medida em que o HIV/Aids não é incorporado pelos planejadores de saúde nas Estratégias de Saúde da Família, de certo, não se encontra sustentação institucional para a produção de um cuidado integral e contínuo nas unidades básicas de saúde, logo, nos remeta à “vulnerabilidade programática”. A ausência de treinamentos dos profissionais, o esvaziamento das informações sobre a epidemia nos dois serviços observados, bem como, os relatos que nos alertavam que não teríamos campo de pesquisa sobre o HIV/Aids nas duas unidades de saúde, todo esse cenário aponta para o não-lugar da epidemia nos serviços que pesquisamos. Segundo o Observatório Nacional de Políticas de Aids (em publicação feita na revista Perspectiva Política da Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids – ABIA, 2015), as informações, o acesso ao leque de opções preventivas e uma resposta governamental efetiva são fundamentais para a redução da vulnerabilidade:

A adoção efetiva de múltiplas abordagens preventivas depende também do acesso de indivíduos e comunidades a informações sobre métodos disponíveis, além da

conscientização sobre métodos potencialmente mais eficazes à luz de situações específicas e de empoderamento para tomar decisões sobre as opções. (GAVIGAN, et al., 2015, PP.04)

Diferentemente da noção de risco que impõe uma responsabilização, uma culpabilização de uma escolha individual, o conceito de vulnerabilidade leva em consideração elementos individuais, sociais e culturais (Ayres, 1999, P. 53). Para além da implementação institucional, a epidemia deflagra questões sociais e culturais que atravessam a territorialidade do cuidado.

A conjuntura dos anos 1980 e 1990 foi permeada por relações feitas entre o HIV/Aids e os grupos de risco como homossexuais, prostitutas e usuários de drogas, desconsiderando, dessa forma, a vulnerabilidade de pessoas heterossexuais - que não estivessem nestas classificações - à exposição ao HIV (Silva, 2012). Nesse cenário de grupos de risco, a Aids passou a ser entendida como uma “doença do outro” (Knauth, 1999), reservada a determinados grupos sociais, da forma que os outros indivíduos da sociedade estariam imunes à doença. Porém, tal percepção de grupos de risco, edifica-se em um “isolamento imaginário” quanto aos sujeitos vulneráveis, bem como, uma invisibilidade das ações de prevenções e das práticas de saúde destinadas aos demais indivíduos da sociedade (Silva, 2012). Dessa maneira, a história social da epidemia do HIV foi marcada por elementos discriminatórios e estigmatizantes, contudo, encontramos nos dias de hoje, no exercício reflexivo sobre o material empírico, a persistência de alguns imaginários sobre o HIV/Aids relacionados aos grupos de risco, estigmas e preconceito. Assim, adentrando ao universo das percepções dos nossos interlocutores, encontram-se narrativas quanto à referência do que Daniela Knauth denomina de “doença do outro”.

Ainda que os profissionais relatassem ciência do risco⁸ nas práticas de saúde em atendimento e da probabilidade de aquisição do HIV após algum acidente de trabalho, alguns relatos revelam o distanciamento em referência ao HIV/Aids, como na fala do médico de uma das unidades quando perguntado sobre as práticas de prevenção e o uso de preservativos: “não só acho, como deve usar” (referindo-se ao preservativo). Contudo, quando foi questionado se ele se prevenia, o médico respondeu: “não, eu sou normal, cuidadoso, os outros são diferentes”. Posteriormente, quando foi questionado sobre o conhecimento do risco profissional de adquirir o vírus durante algum procedimento, o mesmo respondeu que tinha conhecimento e já havia “passado por maus lençóis”.

⁸ Lançamos mão do termo “risco” enquanto uma categoria nativa de nossos interlocutores em relação ao HIV/Aids, e não como uma abordagem das pesquisadoras.

Assim, a persistência dos estigmas relacionados ao HIV/Aids, à transmissão do vírus em relação a grupos de riscos (prostituição, usuários de drogas, homossexuais) ainda é muito forte, essas noções permeiam as percepções de alguns dos nossos interlocutores; tal como relatado por uma Agente de Saúde que se referiu a um bairro de Rio Tinto, chamado Vila Regina, que é demarcado território indígena, como uma área com presença de PVHA devido ao uso de drogas e a prostituição: “O índice de prostituição lá é muito grande, muito drogado de seringa né? Lá tem muito.” Em outro momento, um médico relata: “na Vila Regina tem muita promiscuidade, sexo inseguro e lá também têm indígenas, caboclos. Lá tem menos informação e tem o uso de drogas lícitas e ilícitas, porque têm drogas lícitas, ‘né’?”. Algumas falam remontam a ideia de grupo de risco e, muito embora tanto na luta de movimentos sociais quanto na literatura reivindique-se a mudança de abordagem de risco para a noção de vulnerabilidade como uma bandeira de luta contra o preconceito, o imaginário decorrente dessa terminologia insiste em permear falas e práticas de alguns interlocutores. Nota-se que em um dos relatos, questões étnicas se inter cruzam com o estigma da Aids, ou seja, como Parker & Aggleton (2001) nos advertem, a sinergia entre processos sociais discriminatórios – como no caso, o olhar “colonizador”, discriminatório, sobre as populações indígenas – e a estigmatização relativa ao HIV/Aids, quiçá, possa ser o maior obstáculo para a efetivação das respostas sociais e de saúde pública à epidemia.

Ademais, outro desafio para o modelo de atenção na base territorial se refere ao sigilo sobre o diagnóstico. A ausência de dados na secretaria local sobre as notificações do município soma-se ao desconhecimento dos profissionais de saúde sobre o status sorológico das pessoas PVHA que moram nas áreas cobertas pelas UBS pesquisadas. Conforme a narrativa de uma das ACS, um dos motivos do sigilo sobre a condição sorológica se deve a rotatividade de profissionais de saúde, e com isso, o receio da exposição do segredo: “Uma dessas áreas, que eu sou Agente, troca várias vezes de Agente de Saúde, aí eu acho que também eles ficam com esse receio de dizer, ‘ah eu vou dizer a ela, aí vai que daqui a um ano, ou dois troque de agente de novo, ‘né’? aí eu vou ter que dizer de novo’. Aí, eu acho que eles próprios têm aquele receio, ‘né’?”

Foram diversos os relatos em que os profissionais revelaram que souberam dos diagnósticos HIV+ por terceiros (vizinhos, familiares e por outros profissionais de saúde), como no caso de uma interlocutora que nos disse: “tem um caso de HIV, mas ele nunca me disse, eu já sei pelo que os outros comentam, falam, mas ele nunca se abriu, ele é uma pessoa normal, toma umas ‘cachacinhas’, mas que nunca chegou a dizer que tinha HIV, nem que

nada”. Quando questionada de como ficou sabendo, a profissional relata: “Quem me contou foi a Agente de Saúde que também já tinham sido lá da área, ‘né’? E que são mais próximas”. Em outro relato uma das profissionais falou: “tem umas pessoas aqui que o povo diz que tem, mas ele nunca chegou pra me dizer que tem, ‘né’? mas assim, eu sei que ele tem, mas também é um direito dele, quando a gente fez o treinamento no começo eles diziam, ‘olha isso é um direito dele, ele diz a quem ele quiser””.

Portanto, aventa-se que a escolha pelo atendimento especializado possa ser utilizada como uma estratégia do usuário(a) para manutenção do segredo sobre o seu status sorológico; o que por sua vez contribui para que os usuários evitem a assistência nas UBS. Assim, as narrativas dos nossos interlocutores nos mostram que a manutenção do segredo é importante para as PVHA, e por mais que a ACS seja aquela pessoa próxima, e que seja a intermediária entre o usuário do serviço e a própria UBS, tem-se ainda o receio da “fofoca” (Fonseca 2004) e da falta de confiança, por serem estas profissionais que transitam nas casas, conversam com muitas famílias e que moram nas áreas atendidas. De acordo com a discussão feita por Silva (2012), sobre o lugar da confiança na revelação da sorologia HIV+, “a confiança exige certo conhecimento reflexivo das interações” (p. 102). Dessa forma, a confiança serve como alicerce para as experiências cotidianas (Silva, 2012).

O relato da ACS Renata, no cargo há dezenove, nos mostra a dinâmica das relações de confiança entre a profissional e o usuário; em seu relato ela nos falou que a princípio ficou sabendo da sorologia HIV+ de um usuário de 40 anos (+ ou -) pela cunhada do mesmo – que é sua vizinha. “Então, com o passar do tempo, ele foi pegando confiança, foi aí que ele começou a me falar ‘né’? Ele pega as medicações lá em João pessoa e ele contraiu o HIV através de uma relação sexual, ele ‘tava’ no Rio de Janeiro arrumou uma companheira lá e contraiu através dessa companheira”. Em outro relato, a ACS Margarete, no cargo há dezenove anos, nos disse: “Eu não sei, mas eu acho que o fator real seja esse, a vergonha, ou pense que a gente trabalha com a população e vai sair dizendo pra todo mundo, ‘né’?”. A confiança é tecida na experiência cotidiana e, enquanto esteio moral para sociabilidade, é depositada após um período de vivências e avaliações se o indivíduo é merecedor (ou não) desse crédito, e se é capaz de manter o segredo.

Tanto no material empírico das entrevistas com os profissionais de saúde, quanto nas observações realizadas nos serviços, vem à tona o receio da fofoca – por conta da persistência dos imaginários e estigmatização das pessoas que contraem o HIV/Aids – que por conseguinte leva as pessoas a manterem em segredo o diagnóstico HIV+. Desse modo, a palavra fofoca

está bastante presente nos relatos de nossos interlocutores, quer como meio para descoberta (pelos familiares ou vizinhança) do status sorológico de PVHA nas áreas, quer como impeditivo para a revelação e o cuidado dos usuários. Conforme alerta Fonseca, “A fofoca envolve, pois, o relato de fatos reais ou imaginados sobre o comportamento alheio.” (2004, p.23). Em uma cidade interiorana, é mais fácil acompanhar a vida dos vizinhos, o que por sua vez dá base para especulações, como narrou a Agente de Saúde Maria: “É, têm duas pessoas que assim as pessoas dizem que eles têm, e teve gente que já viu um no hospital que ele pega (referindo-se ao SAE Clementino Fraga) a medicação. E todo mês ele vai pra João Pessoa, aí quer dizer, é muita coincidência, mas ele nunca chegou pra me dizer que tem, eu também não vou ‘ta’ insistindo ‘né’? Em outro relato, o odontólogo afirmou que “às vezes, fico sabendo se a pessoa é portadora do vírus, por Ana [sua assistente] ser da cidade e acabo sabendo por fofoca”.

Dessa maneira, concordamos com a assertiva de Fonseca na qual as fofocas “servem para informar a reputação dos moradores de um local, consolidando ou prejudicando sua imagem pública” (2004, p. 24). Enfim, diante de algumas percepções encontradas, bem como dos receios e segredos, alude-se que os elementos estigmatizantes ainda permeiam o imaginário de PVHA e dos profissionais sobre o HIV/Aids, portanto, as experiências e práticas de saúde estão enredadas em construções culturais que impactam diretamente nas formas de atenção à saúde, nas escolhas das PVHA e se inter cruzam com o esvaziamento institucional para o acesso à prevenção e o tratamento na Atenção Básica.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito embora o Brasil seja referência na luta e no tratamento das PVHA, as respostas sociais à epidemia têm centrado forças nas estratégias biomédicas, o que acaba por remontar (ao menos no contexto Riotintense) a centralização do cuidado, uma vez que as opções como a PrEP, a PEP e a TcP são de responsabilidade apenas dos Serviços de Atendimento Especializado. Ainda que reconheçamos as especificidades que tais opções biomédicas exigem (demanda essa que não caberia a Atenção básica), a pedra de toque não é propriamente o serviço que oferta, mas o foco nesta estratégia em si enquanto política principal de cuidado e enfrentamento.

A invisibilidade da temática nas duas UBS nos alerta que, de um lado, resente-se do esteio institucional para assumir a nova demanda, mas por outro, existe um possível distanciamento dos profissionais em relação ao combate à epidemia, seja pela falta de treinamento, seja pela percepção que este não seria o papel da Atenção básica. Isto disto,

mantém-se o imaginário de uma doença distante, a “doença do outro”, podendo assim trazer implicações para as práticas de saúde e estratégias do serviço. Ainda que aparentemente tenha havido uma ressignificação da noção do HIV/Aids, que deixa de significar uma “sentença de morte” e passa a ser percebida enquanto doença crônica, verificou-se a persistência, em alguns relatos, de elementos discriminatórios e julgamentos morais relacionados à vulnerabilidade dos indivíduos.

Na medida em que a Política Nacional de Saúde assume o compromisso do plano da UNAIDS (United Nations Programme on HIV/AIDS), traduzido no 90-90-90⁹, que objetiva o “fim da Aids” até 2030, tem-se que, de fato, considerar como aspectos comportamentais, contextuais e culturais interferem no enfrentamento da epidemia; assim como, os caminhos para se chegar nessa pretensa erradicação para além da redução do papel da atenção básica à realização de testes-rápido e distribuição de preservativos. A proposta de reorganização da atenção à saúde e de combate ao HIV/Aids a partir da territorialidade, deflagra uma série de desafios que vão desde a reconfiguração burocrática da Estratégia da Saúde da Família até o enfrentamento da teia de significados sobre o vírus que o enreda na seara do estigma, do preconceito, do medo e do segredo. O que por vezes, acaba por expor os sujeitos à “vulnerabilidades programáticas”.

O caráter paradoxal que a territorialidade traz, em que, de um lado, a proximidade e a familiaridade da equipe de saúde com os usuários é pensada como elemento fundamental para o cuidado integral e o acolhimento às PVHA, mostra sua outra face quando os vínculos com a vizinhança passam a acionar táticas para encobrir a sorologia, para proteção contra às fofocas e de manutenção do segredo através do distanciamento da UBS. Ademais, longe de pretender aqui apontar a impossibilidade de atuação descentralizada, tem-se em vista a necessidade de debater sobre os desafios e caminhos para a incorporação da nova demanda considerando as especificidades de uma epidemia estigmatizada. Por fim, alude-se que as ciências sociais possam assumir um lugar central na compreensão desses aspectos culturais e sociais frente à humanização da atenção à saúde das PVHA e às ações de prevenção, pensando a territorialidade enquanto uma potente estratégia de enfrentamento à epidemia.

⁹ No plano 90-90-90, pretende-se 90% das pessoas vivendo conheçam seu status sorológico, que 90% destas recebam o tratamento antirretroviral e 90% das pessoas em tratamento teriam supressão viral (indetectáveis e assim, intransmissíveis) até 2020. Disponível em: UNAIDS. 90-90-90. An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic: UNAIDS, 2014. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.

REFERÊNCIAS

AYRES, J; FRANÇA Jr, I.; CALAZANS, G.; SALETTI FILHO, H. **Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids**. In: REGINA, M, B; RICHARD P. (Org) Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

BASTOS, F. **Aids na terceira década**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

BEAUR, S. & WEBER, F. **Guia para a pesquisa de campo: produzir e analisar dados etnográficos**. Ed. Vozes, 2007.

GAVIGAN et al. Pedagogia da prevenção: reinventando a prevenção do HIV no século XXI. In: Revista Perspectiva Política, nº 1, 2015.

GEERTZ, Clifford James. **A interpretação das Culturas**. 1 ed, 13 reimpressão. Rio de Janeiro. 2008

FERREIRA, J; FLEICHER, S (Orgs). **Etnografias em serviços de saúde**. 1ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2014.

FONSECA, C. **Família, fofoca e honra: etnografia de relações de gênero e violência em grupos populares**. 2 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

KNAUTH, D. R. **Subjetividade feminina e soropositividade**. In: REGINA, M, B; RICHARD P. (Org) Sexualidades pelo Avesso: Direitos, Identidades e Poder. São Paulo: Editora 34/Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1999.

LA MAISON, C. **Vulnerabilidade programática ao HIV/Aids nas unidades básicas de saúde de Cuiabá**, 2014. São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2014.

PARKER, R. & AGALLETON. **Estigma, Discriminação e AIDS**. Coleção ABIA: Cidadania e Direitos, nº 1, Rio de Janeiro, 2001.

SILVA, L. M. F. **Fazendo a diferença: as dinâmicas de conjugalidade sorodiscordante para o HIV/AIDS. 2012.** Tese (Doutorado do Programa em Pós-Graduação em Sociologia) – Universidade Federal da Paraíba, 2012.

UNAIDS. 90-90-90. An Ambitious Treatment Target to Help End the AIDS Epidemic: UNAIDS, 2014. http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/90-90-90_en_0.pdf.