

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

GUSTAVO ZAMBENEDETTI

**O PARADOXO DO TERRITÓRIO E OS PROCESSOS DE
ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

PORTO ALEGRE

2014

Gustavo Zambenedetti

**O PARADOXO DO TERRITÓRIO E OS PROCESSOS DE
ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Tese apresentada para a banca de doutorado como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia Social e Institucional. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. Instituto de Psicologia. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Rosane Azevedo Neves da Silva.

PORTO ALEGRE

2014

Gustavo Zambenedetti

**O PARADOXO DO TERRITÓRIO E OS PROCESSOS DE
ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE**

Banca Examinadora:

Rosane Azevedo Neves da Silva – Orientadora
(PPGPSI-UFRGS)

Henrique Caetano Nardi
(PPGPSI-UFRGS)

Fernando Seffner
(PPGEDU-UFRGS)

Vera Silvia Facciolla Paiva
(PPG Psicologia Social e PPG Saúde Pública - USP)

Data da Defesa e Aprovação: 30/05/2014

AGRADECIMENTOS

À Rosane, pelo companheirismo ao longo desta trajetória, pela confiança, pela leitura sempre atenta e cuidadosa.

À Michele, minha companheira, com quem compartilho amor, ideias e afetos em toda a intensidade que eles comportam ou extravasam.

À minha família, especialmente aos meus pais, com os quais apreendi o estudo como um valor; pelo afeto, suporte e apoio constantes. Aos meus irmãos, Tiago e Aline. À Aline, pelo apoio sempre afetivo e também logístico nas passagens por Porto Alegre! Aos meus 4 sobrinhos que nasceram nos últimos 4 anos, introduzindo novas espessuras em nossas vidas.

Aos Professores da Banca de qualificação e defesa, Henrique Nardi, Fernando Seffner e Vera Paiva: pelo diálogo, sugestões e contribuições realizadas; pelas inspirações que provocam através de seus trabalhos, pesquisas e militância.

Aos colegas do grupo de pesquisa; ao Pedro, pela disponibilidade e auxílio na realização de entrevistas; ao Guto e André, pelas trocas durante as incursões no PPSUS;

Aos colegas do Departamento de Psicologia da UNICENTRO, pela compreensão da importância dos processos de qualificação docente; à Clea, pela cobertura em momentos de minha ausência nas últimas semanas de escrita, pela compreensão e serenidade. À Alayde, pela energia de cada encontro.

À Paula, que trouxe ‘outros ares’ para Irati, pelas conversas potentes e pela leitura sensível. E à Grace, pelo auxílio na reta final!

Aos alunos, que nos instigam, fazendo-nos querer ir sempre além. Aos que realizaram práticas de estágio na área da saúde e aos que ‘optaram’ pelas disciplinas de Análise Institucional e Atuação do Psicólogo em Instituições de Saúde; aos orientandos de IC e PPP, pela participação na tentativa de construção de uma posição ética e comprometida na relação de ensino.

Aos participantes da pesquisa, pela disponibilidade e pelo compartilhamento de seu precioso cotidiano: à equipe de ESF e matriciamento, aos representantes da gestão, aos usuários, com os quais foi possível compor esta tese, em um exercício de deslocamento constante.

Aos preceptores e colegas da Residência Integrada em Saúde e do Ambulatório de Dermatologia Sanitária, onde teve início a minha trajetória na assistência e pesquisa relacionada ao HIV-Aids; pela dedicação de todos à saúde coletiva. À Nalu, que orientou as primeiras andanças no percurso de pesquisa nesta temática.

Aos amigos, que compartilham momentos de vida e fazem tudo parecer mais leve e divertido: Xanda, Bina, Carol, Dudu.

Aos colegas “desbravadores” da 1ª turma de doutorado em Psicologia Social e Institucional da UFRGS, aos professores do PPGPSI e do PPGEDU. À CAPES, pela bolsa recebida nos primeiros meses de doutorado, período de dedicação exclusiva ao curso.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (MICHEL FOUCAULT, 1984, p. 15).

RESUMO

Este estudo propõe uma análise da dimensão paradoxal do território e dos processos de estigmatização da Aids no contexto da Atenção Básica, mostrando os tensionamentos entre a proposição de políticas de saúde, o trabalho das equipes de saúde e os modos de vida da população. Entendemos que esse elemento paradoxal do território na articulação Aids – Atenção Básica não encerra um sentido único, mas que ali coexistem sentidos múltiplos e contraditórios que devem ser considerados na implementação de políticas públicas para esta área.

A pesquisa que dá subsídios à construção desta tese busca compreender as tensões emergentes na relação entre os processos de estigmatização e o território no decorrer da descentralização do cuidado em HIV-Aids para a Atenção Básica no município de Porto Alegre-RS. A abordagem teórico-metodológica reuniu as contribuições de autores como Michel Foucault, Erving Goffman, Gilles Deleuze e René Lourau. A pesquisa teve como participantes usuários e trabalhadores de uma unidade da Estratégia Saúde da Família, além de representantes da equipe de matriciamento, da gestão municipal da política de DST-Aids e do Conselho Local de Saúde, com os quais foram realizadas entrevistas e/ou grupos focais, além de observação participante.

Apresentamos uma caracterização dos procedimentos de descentralização, segundo a perspectiva dos participantes, destacando os tensionamentos, receios e movimentos de aderência a tal processo. Colocamos em evidência a atualidade dos processos de estigmatização relacionados à Aids a partir de quatro linhas concernentes aos modos de subjetivação: 1) os processos de visibilidade/invisibilidade, 2) a sobreposição de espaço-tempo, 3) a familiaridade com a Aids e 4) a familiaridade com os óbitos relacionados à Aids. Estes modos de atualização do estigma podem ser agrupados em três variações discursivas em torno da Aids: a estigmatização, a banalização e a politização do diagnóstico de Aids.

Procuramos problematizar a noção de território e os seus tensionamentos na atenção em HIV-Aids, explorando os discursos que remetem à fixidez, à flexibilidade e/ou à interrogação da relação entre estigma e território. Os dados apresentados apontam para o elemento paradoxal do território nas ações de aconselhamento/teste na unidade de saúde, mostrando que a proximidade com o serviço de saúde tanto facilita quanto dificulta o acesso de alguns segmentos da população.

PALAVRAS-CHAVE: HIV/Aids; Atenção Básica; Estigma; Território; Processos de Subjetivação

ABSTRACT

This study proposes an analysis of the paradoxical dimension of territory and of the stigmatization processes of AIDS in the context of Primary Health Care, emphasizing the tension between the health care politics propositions, the work of the health care teams and the way of life of the population. As we understand, such paradoxical element of the territory in the articulation Aids – Primary Health Care does not convey only one sense, but multiple and contradictory senses simultaneously, that should be considered in the implementation of public policies regarding such matter.

The research that subsidizes the construction of the thesis aims to comprehend the emerging tensions of the relation between the processes of stigmatization and the territory, along the process of decentralization of care regarding HIV-Aids, in Primary Health Care in the city of Porto Alegre-RS. The theoretical and methodological approach was founded on the contributions of authors, such as Michel Foucault, Erving Goffman, Gilles Deleuze and René Lourau. The participants of the research were users and workers of a unit of Family Health Strategy, members of the matrix support team, of the local management of the STD-AIDS politics and of the Local Health Council. Interviews and/or focal groups with such participants were carried out, as well as participant observation.

We present a characterization of the procedures of decentralization, according to the perspective of the participants, highlighting tensions, fears and adherence movements to such process. We evidence the current processes of stigmatization involving Aids, considering as starting point four lines related to the means of subjectivation: 1) the process of visibility/invisibility, 2) the overlap of space-time, 3) familiarity with Aids and 4) familiarity with deaths related to Aids. Such ways of updating the stigma may be grouped into three discursive variations related to Aids: stigmatization, banalization and the politicization of the Aids diagnosis.

We problematize the concept of territory and tensions in health care related to HIV-Aids, exploring the discourses that relate to fixity, flexibility and/or to the questioning of the relation between stigma and territory. Data presented point to the paradoxical element of territory in the actions of counseling/testing in the health care unit, highlighting that the closeness with the health care service both facilitates and hinders the access of some segments of the population to it.

KEYWORDS: HIV/Aids; Primary Health Care; Stigma; Territory; Subjectivation Processes

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABIA – Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids.
ADS – Ambulatório de Dermatologia Sanitária
AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Humana
ABS – Atenção Básica em Saúde
ACS – Agentes Comunitários de Saúde
APS – Atenção Primária em Saúde
ARV – Antirretroviral
CGRAPS (CAPSES) - Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.
CTA – Centro de Testagem e Aconselhamento
COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF – Estratégia Saúde da Família
ESP/RS – Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul
HAART – Tratamento antirretroviral altamente ativo
HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana.
MS – Ministério da Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde
ONU – Organização das Nações Unidas
ONUSIDA – Programa Conjunto de las naciones unidas sobre el VIH/SIDA
PSF – Programa Saúde da Família
PVHA – Pessoas Vivendo com HIV-Aids
RIS – Residência Integrada em Saúde
SAE – Serviço de Assistência Especializada
SAT – Serviço de Atenção Terapêutica
SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica
SIPAT – Semana Interna de Prevenção a Acidentes de Trabalho
SUS – Sistema Único de Saúde
TARV – Terapia Antirretroviral
UNAIDS – Joint United Nations Programme on HIV/Aids
UBS – Unidade Básica de Saúde
USF – Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
PRIMEIRA PARTE.....	14
1. A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	15
1.2. DELIMITANDO O PROBLEMA DE PESQUISA.....	24
2. OBJETIVOS.....	25
2.1. OBJETIVO GERAL.....	25
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	25
3. CONSTRUINDO A TRAMA CONCEITUAL DA PESQUISA.....	26
3.1 PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO.....	26
3.1.1. A Perspectiva das Organizações Internacionais.....	27
3.1.2. Revisão de Literatura.....	32
3.1.3. Estigma, Processos de Estigmatização e Processos de Exclusão: Aproximações entre Erving Goffman e Michel Foucault	43
3.2. O DISPOSITIVO DA SEXUALIDADE.....	51
3.3. ATENÇÃO EM HIV-AIDS: DO MODELO CENTRALIZADO AO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA.....	56
3.3.1. O Território como Operador da Atenção na ESF, as Relações de Poder e os Processos de Inclusão/Exclusão	66
4. MÉTODO.....	80
4.1. PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA.....	80
4.1.1. Avaliação ou Problematização?.....	83
4.1.2. Aproximando Autores e Abordagens: Interrogando as Dimensões da Intervenção na Pesquisa para o esboço de uma genealogia em ato.....	84
4.2. PROCEDIMENTOS.....	92
4.2.1. Critérios para a Escolha da Unidade de ESF.....	92
4.2.2. Dispositivos para Produção de Dados.....	93
4.2.3. Registro dos Dados.....	95
4.3. Questões Éticas.....	96
4.4. Caracterização dos Participantes.....	96
4.5. Restituição.....	100
4.6. Análise da Implicação: as Posições Ocupadas no Campo.....	101
4.7. Análise dos Dados.....	104
SEGUNDA PARTE.....	108
1. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM HIV- AIDS.....	109
1.1. O(S) PONTO(S) DE INÍCIO DO PROCESSO: À QUE RESPONDE A DESCENTRALIZAÇÃO?	109
1.2. RECONFIGURANDO RELAÇÕES ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM HIV/AIDS.....	115
2. PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO.....	131
2.1. RUPTURAS BIOGRÁFICAS E A PRODUÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA NA RELAÇÃO DE VISIBILIDADE/INVISIBILIDADE..	131

2.2.	“NEM MAIS, NEM MENOS ESTIGMA”: A SOBREPOSIÇÃO DO ESPAÇO-TEMPO NOS PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS.....	143
2.3.	AIDS E FAMILIARIDADE.....	149
2.4.	FAMILIARIDADE COM OS ÓBITOS EM DECORRÊNCIA DA AIDS: UMA INTRODUÇÃO ÀS VIDAS PRECÁRIAS.....	153
2.5.	AIDS: ESTIGMATIZAÇÃO, BANALIZAÇÃO E POLITIZAÇÃO.....	161
2.5.1.	A Estigmatização.....	162
2.5.2.	A Banalização.....	167
2.5.3.	A Politização.....	172
3.	TERRITÓRIO	175
3.1.	CARACTERÍSTICAS DA ÁREA ADSCRITA DE ATUAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	176
3.1.1.	Configurações do Território: Algumas “Áreas Diferenciadas”.....	178
3.1.2.	Configurações do Território: os Becos.....	179
3.1.3.	Os Becos: dos “Espaços Vazios” aos “Territórios de Vulnerabilidade”.....	184
3.2.	VIDAS PRECÁRIAS E A ESF COMO FERRAMENTA DE AMPLIAÇÃO DA RECONHECIBILIDADE.....	191
3.2.1.	Território Intensivo: o Reconhecimento da Unidade como Locus de Atenção.....	193
3.2.2.	A Dimensão Paradoxal do Território na Relação com os Processos de Estigmatização da Aids.....	198
3.2.3.	A (im)possibilidade da ESF como Território de Cuidado às PVHA.....	203
3.3.	ESPAÇOS, FLUXOS E ESTIGMAS.....	207
3.4.	FLEXIBILIDADE E FIXIDEZ: CRIANDO INTERROGANTES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ESTIGMA E TERRITÓRIO.....	210
3.5.	TENSIONANDO O TERRITÓRIO: FERRAMENTA OU OBSTÁCULO?.....	216
3.6.	INCURSÕES SOBRE O BIPODER: A DINÂMICA INCLUSÃO/EXCLUSÃO, CUIDADO/CONTROLE E, POR FIM, QUEM ABANDONA QUEM?.....	225
3.7.	A FUNÇÃO MATRICIAMENTO.....	232
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS MÚLTIPLOS TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO EM HIV-AIDS	238
	REFERÊNCIAS	242
	ANEXOS	257
	Anexo 1 a 7: Roteiros – Entrevista e Grupos Focais.....	257
	Anexo 8: Restituição – Casos para Discussão.....	261
	Anexo 9 a 12: TCLE (usuários, gestão, equipe de ESF, matriciamento)...	262
	Anexo 13: Parecer conclusivo sobre a tese.....	266

APRESENTAÇÃO

Porto Alegre-RS tem sido destaque, na última década, por ser considerada a capital brasileira com a maior taxa de incidência de Aids (BRASIL, 2013a). Esse dado agrega-se a outros, como a alta taxa de transmissão vertical e a alta taxa de mortalidade por Aids. Esses dados indicam a magnitude e persistência do problema, justificando a realização de pesquisas na área, visando a ampliação de sua compreensão e a abertura de hipóteses e caminhos investigativos. Apesar desses dados demandarem respostas, não há estudos concluídos que consigam explicar os seus determinantes, havendo a circulação de hipóteses que remetem a aspectos de cunho biomédico, em decorrência da identificação de um subtipo viral predominante na região sul; de cunho social e cultural, relacionada à presença de preconceito e de crenças que levariam a não adesão às práticas preventivas, à busca pelo diagnóstico e/ou tratamento; e de cunho político-assistencial, que leva à problematização da relação da população com o acesso a ações e serviços em saúde¹. Apesar do acesso universal ao diagnóstico, tratamento e medicação antirretroviral-ARV, a manutenção de taxas de incidência e mortalidade em patamares considerados elevados levanta a hipótese de que a resposta da política e dos serviços de saúde esteja abaixo das expectativas.

Neste contexto, nosso estudo delimita uma via de problematização bastante específica, tomando as relações entre estigma e território no transcurso de um processo de descentralização do cuidado em HIV-Aids para a Atenção Básica. Argumentamos que o território não se constitui como simples cenário ou topografia sobre o qual eventos ocorrem. O território se constitui como dispositivo das relações de poder, operando determinados modos de apropriação do espaço que expressam modos de vida da população. Existe uma correlação entre modos de constituição do espaço – ou configurações espaciais – e modos de vida e circulação da população. Essa correlação nos interessa, especialmente, por se tornar alvo de intervenção das políticas de saúde que buscam determinar modos de acesso e circulação aos serviços de saúde, podendo tanto ampliá-los quanto restringi-los. No tocante às políticas de saúde que envolvem a atenção em HIV-Aids inserimos o

¹ Reportagem do Jornal gaúcho Correio do Povo, de 4/12/2011, trazia como principal notícia de capa: “Casos de Aids no RS alertam autoridades sanitárias”. No corpo da reportagem, em entrevista com o coordenador da Seção Estadual de DST/Aids, são atribuídas como razões para a alta taxa de incidência “as dificuldades no acesso ao diagnóstico, a baixa oferta de diagnóstico em tempo hábil e, em especial, as questões relacionadas com o comportamento dos grupos sociais” (ANDRADE, 2011, p. 17). Neste mesmo período, reportagem do Jornal Zero Hora trazia no título “RS é o estado com maior índice de casos de Aids por habitante, aponta Ministério” (ZERO HORA, 2011) e também “Porto Alegre continua líder no ranking de Aids” (ELY, 2012), na qual entrevista diversos especialistas que indicam baixo investimento na prevenção, aspectos comportamentais e falhas na prevenção.

estigma como um elementos que tensiona a relação com o território, podendo torná-la uma relação paradoxal. É neste ponto de articulação que consideramos residir a atualidade do estigma: ele não se dissolve, mas é recolocado em novas questões. Sua análise torna-se relevante no contexto de descentralização da atenção em HIV-Aids para a compreensão das relações e tensionamentos entre os modos de vida da população e a efetivação de políticas de saúde, no tocante ao acesso e circulação por serviços e ações em saúde.

Nesse sentido, buscaremos apresentar o modo como construímos o percurso desta tese e a argumentação que nos possibilita afirmar as relações entre estigma e território. O trabalho está organizado em duas partes. A parte 1 enfatiza a construção conceitual da tese e do viés teórico-metodológico. A parte 2 apresenta os dados da pesquisa realizada, permitindo expressar as relações e tensionamentos emergentes em um processo de descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica.

A parte 1 tem início com a apresentação da construção do problema de pesquisa, o qual envolve a articulação de interrogações advindas da experiência assistencial do autor com a elaboração de uma trama conceitual que culmina na seguinte interrogação: “Que tensões emergem na relação entre processos de estigmatização e território no transcurso de um processo de descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica em saúde?”. Esse problema assenta-se sobre a compreensão de que entre os modos de vida da população, os modos de trabalhar das equipes de saúde e o modo de constituição e gerência das políticas de saúde podem haver tanto consonâncias quanto dissonâncias, estando a emergência de tensionamentos situadas nessas relações. Para abrir essa trama conceitual, exploramos três conceitos operadores: processos de estigmatização, sexualidade e território, sendo a emergência deste último compreendido como decorrente da passagem de um modelo de atenção centralizado em HIV-Aids para um modelo descentralizado em articulação ao SUS. Essa exploração envolve uma revisão bibliográfica de publicações sobre o tema, inicialmente relacionada ao intercruzamento das três palavras-chave e posteriormente circunscrita ao estigma. Além disso, uma incursão teórica acerca dos três conceitos. Não se trata apenas de uma revisão teórica, mas da constituição de uma trama, onde buscamos indicar as contribuições de determinados autores e/ou perspectivas ao desenvolvimento desta tese.

No capítulo referente ao método, apresentamos o viés teórico-metodológico da pesquisa. A proposta analítico-institucional, através da composição de autores como Erving Goffman, Michel Foucault, Gilles Deleuze e René Lourau nos lança ao exercício de argumentar acerca das

contribuições dos mesmos ao estudo proposto. Consideramos que cada autor/obra possibilita um determinado campo de visibilidade, assim como também pode deixar pontos-cegos, o que suscita a necessidade de uma construção metodológica e não a mera aplicação de um conjunto de procedimentos ou instrumentos.

A parte 2 é apresentada em três blocos. No primeiro, caracterizamos o processo de descentralização, apresentando a perspectiva dos participantes da pesquisa. Trata-se de um bloco com característica mais descritiva, apesar de já esboçar a emergência de tensionamentos e/ou processos de estabilização nas relações entre estigma em relação à Aids, sexualidade e território. Neste bloco aparecem também outras tensões que orbitam a problemática investigada, indicando os pontos de porosidade e de aderência ao processo de descentralização.

O segundo e o terceiro blocos são caracterizados por uma maior densidade analítica, entremeando apresentação de dados e análise. No segundo bloco buscamos discutir a atualidade do estigma relacionado à Aids através dos modos como ele se constitui como uma linha na constituição de experiências relacionadas aos processos de subjetivação. Através da posição usuário, essas experiências são perspectivadas através de quatro marcadores: 1) as relações entre o diagnóstico de HIV-Aids e o estigma, destacando-se a produção de relações de visibilidade-invisibilidade e a dimensão interativa entre o diagnóstico, o estigma e os processos de subjetivação; 2) a sobreposição do espaço-tempo em relação às expectativas e manifestações do estigma relacionados à Aids; 3) a familiaridade com a Aids e 4) a familiaridade com os óbitos decorrentes da Aids, que introduzem a discussão acerca das ‘vidas precárias’. A partir da posição profissional e gestor, discutimos os discursos que oscilam entre a estigmatização, a banalização e a politização do diagnóstico de Aids. A análise realizada neste bloco permite evidenciar a relevância e a atualidade da abordagem dos processos de estigmatização da Aids no contexto da Atenção Básica.

No terceiro bloco focalizamos a discussão sobre as relações entre estigma da Aids e território. Destacamos a noção de território como produção. Enquanto disposição geográfica e urbana, ele é evidenciado como uma forma de expressão dos modos de vida da população, conformando uma discursividade. Por outro lado, o território também opera como um instrumento dos mecanismos de poder na relação entre as políticas de saúde e a população. Iniciamos com a apresentação de alguns fragmentos de configurações territoriais referentes à área adscrita de atuação de uma unidade da ESF. Argumentamos que a ESF, sob o princípio da atuação territorial, amplia o fator de exposição das equipes aos modos de vida da população, lançando uma série de

interrogações às equipes, inclusive ao mandato político da ESF. Exploramos algumas configurações territoriais, tais como os “becos”, considerados sob a ótica dos “espaços não vistos” ou “espaços invisíveis”, “aglomerados de exclusão” e “territórios de vulnerabilidade”. Argumentamos que as configurações territoriais não correspondem a características intrínsecas a elas, mas sim às relações que estabelecemos com o espaço e suas populações. Para pensar nessas relações, apresentamos os dados que indicam tanto consonâncias entre a disponibilização de acesso pela unidade de saúde e a busca de acesso pela população quanto situações que indicam tensões na constituição dessa relação. Apresentamos ainda alguns casos-analisadores, problematizados através de conceitos como reconhecibilidade, reconhecimento e biopoder.

Finalizando o trabalho, retomamos algumas considerações realizadas na pesquisa, apontamos as contribuições para a compreensão do fenômeno em estudo e argumentamos em torno do uso da noção de multiterritorialidade como um dos modos de equacionar, em parte, as tensões entre território e processos de estigmatização da Aids.

PRIMEIRA PARTE

1. A CONSTRUÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Para iniciar esta escrita, é importante situar alguns aspectos de minha trajetória que inspiraram a formulação deste projeto e convocaram a pensar sobre a relação entre atenção em HIV-Aids, processos de estigmatização e Atenção Básica em Saúde. Suely Rolnik (ROLNIK, 1995) retoma a afirmação feita por Deleuze²: “só se pensa porque se é forçado”. Ou seja, porque existe algo que produz mal-estar, uma sensação de estranhamento que nos interroga, sendo o pensamento colocado em movimento para tornar esse mal-estar dizível e visível. Ao situar aspectos da minha trajetória que convocam a pensar sobre esta temática, também estarei analisando aspectos que remetem à relação de implicação com tal campo. A implicação não é compreendida como interesse/desinteresse ou compromisso, mas como uma análise das posições ocupadas/exercidas nas relações sociais e de produção do conhecimento (LOURAU, 2004a), através das quais torna-se possível a proposição de uma tese.

A aproximação com as questões relacionadas à Aids começou em 2008, com a inserção na Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul, na ênfase em Dermatologia Sanitária. Esta ênfase tem como campo de ensino em serviço o Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS), um serviço de âmbito estadual, localizado no município de Porto Alegre, que tem a atenção às DST/HIV-Aids como um de seus eixos de atuação. Dentro do ADS existe um Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA)³ e a Clínica de HIV-Aids, nos quais desenvolvi atividades ao longo dos dois anos da residência, tais como: aconselhamento pré-teste individual e coletivo, o aconselhamento pós-teste, participação nas reuniões de equipe/planejamento, organização de capacitações, palestras em SIPAT (Semana Interna de Prevenção de Acidentes de Trabalho). Além das atividades relacionadas ao CTA, também desenvolvi atendimentos clínicos à pessoas vivendo com HIV-Aids - PVHA.

A inserção nesses serviços produziu várias interrogações, fazendo emergir, posteriormente, os operadores conceituais que compõem o campo de problematização desta tese. Minha intenção, neste primeiro momento, é situar o modo como essa experiência profissional se relaciona com a emergência do problema de pesquisa. Compreendemos que a construção de um problema de

² DELEUZE, G. Diferença e repetição. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: Graal, 2006.

³ Este CTA foi o primeiro serviço nesta modalidade criado no Brasil, em 1988. Na época era chamado de Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS) do Ambulatório de Dermatologia Sanitária (ADS).

pesquisa começa pela delimitação de uma pergunta, dúvida ou interesse que nos mobiliza em torno de um determinado tema, chegando simultaneamente à sua articulação conceitual.

Desde já, é importante mencionar que este estudo está situado em uma perspectiva que busca analisar a Aids como um problema social complexo. Ou seja, compreendê-la não apenas como um evento viral, de ordem biomédica, mas atravessada por fenômenos psicossociais, exigindo a compreensão e a formulação de respostas remetidas a eles (PAIVA, 2000). Herzlich e Pierret (2005) apontam que a Aids, enquanto fenômeno social, coloca em evidência a articulação do biológico, do político e do social, não sendo possível dissociar tais dimensões. Para os autores citados, os conhecimentos científicos e os conhecimentos comuns produzem interferências e retroações contínuas. Nesse sentido, não seria possível pensar que o diagnóstico de HIV está dissociado do estigma social, por exemplo. Muito pelo contrário, o estigma social se apoia em uma demarcação anteriormente delimitada no âmbito da saúde. Podemos pensar que o diagnóstico porta um duplo: ao diagnóstico sobrepõem-se os significados sociais que extrapolam as intenções formais dos profissionais de saúde, quais sejam, o indicativo de tratamento. O duplo indica aquilo que não é próprio ou inerente à doença. Portanto, não é natural, mas sim produzido socialmente e institucionalmente (BASAGLIA, 2005; AMARANTE, 1996).

Nesse sentido, ao invés de delimitarmos e isolarmos determinados conceitos, buscaremos pensar nas diversas linhas que compõem o nosso campo de análise. Cada conceito apresentado – processos de estigmatização, sexualidade, território, ESF - constitui uma trama de tensionamentos e conflitos. Estes, por sua vez, ao serem colocados em contato – por exemplo, a relação entre estigma e território – suscitam outras tramas e, conseqüentemente, novos tensionamentos. Nosso desafio não é tanto isolar os conceitos, mas sim, pensar as formas pelas quais eles estabelecem conexões e interfaces.

O direcionamento da atenção para os processos de estigmatização relacionados à Aids ocorreu a partir dos atendimentos realizados durante a residência. Não que os usuários se referissem à palavra “estigma”. Mas, com o tempo, tornou-se possível perceber e agrupar uma série de situações que emergiam nos atendimentos em torno da noção de estigma: a valorização do sigilo diagnóstico; as estratégias para encobrimento dos signos da Aids; a não realização da busca ativa

de usuários que não compareciam aos atendimentos; a pergunta que sempre insistia nas pessoas recém diagnosticadas: Para quem contar? Será que posso confiar em alguém? O que vão pensar de mim se souberem? Como justificar o fato de que não vou amamentar meu filho? Essas interrogações emergem em um contexto onde a Aids está associada a estigmas – definido inicialmente como marcas com caráter depreciativo que desqualificam moralmente o indivíduo (GOFFMAN, 2008), impondo a ele novas formas de relação social.

Ao final dos atendimentos, comecei a registrar as situações que emergiam e tinham relação com o estigma. Como exemplo, cito a situação de uma mulher que relatou não receber ninguém em sua casa. Alegava que a casa era muito pequena e tinha medo que alguém tivesse acesso a uma caixa onde guardava os exames periódicos relacionados ao acompanhamento para a Aids, além das medicações. Em um dos atendimentos, relata ter a sensação de que nas paredes de sua casa está escrito: “você tem HIV”. O relato tinha tamanha intensidade afetiva que fazia com que eu conseguisse imaginar a cena e a angústia ou ansiedade diante da possibilidade de revelação do diagnóstico. Essa mesma usuária relatava não tomar chimarrão com vizinhos. Apesar de saber que o HIV não é transmitido pela bomba de chimarrão, ela expressava a seguinte crença: “se minha vizinha tomar chimarrão comigo e um dia, descobrir que tem HIV, você acha que ela vai pensar que pegou de quem? Do companheiro? Ou de mim, pela bomba de chimarrão?” Nesse sentido, para evitar “qualquer suspeita”, ela evitava tomar chimarrão com outras pessoas.

Outra situação foi a de um rapaz com HIV que buscou atendimento psicológico. Ele trabalhava em uma farmácia. Relata que, certo dia, um cliente comprou uma medicação e pediu um copo de água para ingeri-la. Sua colega na farmácia alcançou um copo com água. Quando o cliente saiu, ela recomendou ao colega: “vamos lavar bem esse copo, vai que ele tem HIV!”. Neste momento ele pensou: “se ela soubesse que eu tenho HIV e que já tomou água várias vezes no mesmo copo que eu!”. Relatou ter vontade de dizer à colega: “eu tenho HIV”. Mas decidiu não revelar, apesar de experimentar um sentimento que mesclava angústia, revolta e ansiedade.

As situações apresentadas evidenciam a presença do estigma relacionado à Aids em nossa atualidade.

O cenário problemático que aqui pretendo configurar busca articular os processos de estigmatização com a questão da sexualidade e do território.

A questão da sexualidade é uma marca nas discussões sobre a Aids, principalmente em decorrência da relação sexual desprotegida ser a principal forma de transmissão do vírus. Sontag

(2007), uma das primeiras e principais autoras a analisar os aspectos simbólicos em torno da Aids ainda na primeira década de sua descoberta, apontou a existência de um imaginário que relacionava a Aids aos excessos e perversões sexuais. Ao mesmo tempo, em função da relação estabelecida com a homossexualidade na década de 1980, Sontag afirmou que a revelação do diagnóstico equivalia, potencialmente, à exposição de “uma identidade que poderia ter permanecido oculta dos vizinhos, colegas de trabalho, familiares e amigos” (2007, p. 97). Nesse sentido, a revelação do diagnóstico equivalia sempre a uma outra revelação, relacionada a aspectos também estigmatizáveis. Não só no início da epidemia, mas ao longo de suas três décadas de existência, a Aids trouxe à tona a discussão sobre a forma como as pessoas se relacionam entre si (hábitos, comportamentos e orientação sexual), e como a sociedade e a cultura constroem o fenômeno da sexualidade, disseminando valores, identificando condutas consideradas adequadas ou inadequadas e vinculando benefícios ou punições. A Aids fez com que a sexualidade, constituída como algo privativo, íntimo, tivesse que ser discutida como uma questão pública. A moralidade relacionada à sexualidade foi amalgamada à Aids, principalmente no início da epidemia, momento em que a mesma foi relacionada aos 4 Hs: homossexuais, prostitutas (hooker), hemofílicos e heroinômanos (AYRES et al., 2009a; 2009b). Estes constituíam os chamados “grupos de risco”, conceito que instrumentalizou as práticas em saúde principalmente na década de 1980. Posteriormente, tal noção foi sendo substituída pela noção de comportamento de risco e, depois, pela de vulnerabilidade (AYRES et al, 2009a; 2009b; PAIVA, 2000). Devido às características da transmissão do HIV - que ocorre eminentemente pela via sexual - revelar o diagnóstico de HIV significa expor algo de ordem íntima, privada. E, para algumas pessoas, ainda suscita a pergunta: o que você andou fazendo? Com quem? Quantas vezes? Em um atendimento psicológico uma PVHA relatou que sentia uma sensação de mal-estar ao recordar o modo como ocorreu a revelação de seu diagnóstico. Na ocasião, ocorrida no final da década de 1990, ela morava em uma cidade do estado do Espírito Santo. Relata que o médico da Atenção Básica solicitou o teste anti-HIV, mas que ela não tinha “se dado por conta”, não havia prestado atenção ou refletido no que implicava este teste. Alguns dias depois, ao retornar à unidade de saúde, a comunicação de seu diagnóstico veio acompanhada da pergunta: “o que a senhora andou fazendo?”. Apesar de passados cerca de 10 anos de seu diagnóstico, a usuária relatava tal fato com um sentimento de mal-estar.

O diagnóstico também levanta uma série de questões: com quem foi? Foi antes do atual parceiro(a) ou com ele(a)? Houve traição? Ou vem de uma história anterior do(a) parceiro(a)? Essas

questões que emergem em relação à sexualidade, principalmente as que envolvem tensões entre as dimensões público X privado, suscitam a necessidade de configurá-la como uma linha de análise nesta tese. Existe uma interpelação constante entre sexualidade, estigma e território. Relatório publicado pela ONUSIDA aponta que o estigma costuma ser construído sobre concepções negativas pré-existentes, reforçando-as:

A menudo se cree que las personas con el VIH/SIDA merecen su destino porque han hecho algo malo. Con frecuencia estas “malas acciones” se vinculan con relaciones sexuales o con actividades ilícitas o reprobadas por la sociedad, como el consumo de drogas intravenosas. Los hombres infectados pueden ser percibidos como homosexuales, bisexuales o clientes de prostitutas. Las mujeres con el VIH/SIDA son percibidas como “promiscuas” o profesionales del sexo. (2005, p. 8 – 9).

O outro ponto de articulação dos processos de estigmatização ocorre com a questão do território. Isso porque os signos da Aids podem encontrar no território formas de expressão. No período em que eu estava sendo formado para compor a equipe do CTA, passei por alguns turnos de observação das ações de aconselhamento. No primeiro turno de observação do aconselhamento, chamou a atenção alguns enunciados presentes em dois atendimentos. Em um deles, a aconselhadora preenchia uma ficha com dados do usuário. Ao indagar o município onde ele morava, a resposta foi “Viamão”. A aconselhadora então perguntou: “você sabe que pode fazer esse teste em Viamão, que lá também tem um CTA?”. “Sim”, respondeu o usuário, “mas prefiro vir aqui”. No mesmo dia, outra situação como essa aconteceu. Por algum motivo, a proximidade do serviço em relação ao seu local de moradia não era considerado o principal critério de escolha do acesso ao mesmo.

Há, ainda, outras duas cenas que se agregam na conformação desta percepção. Em um atendimento psicológico, uma PVHA relata ter feito uma consulta em uma unidade de saúde na região onde mora, em um município da região metropolitana de Porto Alegre. A queixa era relacionada a uma dor que estava sentindo na região abdominal. Ao examiná-lo, a médica solicitou um teste anti-HIV. O problema é que ele sabia que tinha HIV, mas não queria que nenhuma pessoa na cidade soubesse, nem mesmo os profissionais dos serviços de saúde, muito menos de um serviço próximo a sua residência. Argumentava ser uma pessoa conhecida na cidade. Mesmo sabendo do sigilo médico, temia pelo fato de a informação poder constar em um prontuário a que outras pessoas pudessem ter acesso. Ele buscava uma interlocução conosco: o que fazer? Como justificar para a

médica do serviço que ele não queria fazer o teste anti-HIV? Poderia confiar na médica para a revelação do diagnóstico? Será que ele deveria deixar de frequentar o serviço para manter o sigilo de seu diagnóstico? Neste caso, como manteria seu tratamento dentário? Eram questões que ele nos endereçava. Alguns meses depois ele relata ter procurado a médica novamente e revelado seu diagnóstico. Sentia que ela tinha sido atenciosa em relação a ele, estabelecendo um vínculo de confiança. Relata ter feito uma combinação com ela de que seu diagnóstico não constaria no prontuário⁴. Independentemente do desfecho desta situação, o que chama a atenção é o fato de a revelação diagnóstica para um profissional de saúde da Atenção Básica produzir tensão. Evidencia-se a expectativa paradoxal do usuário, que fica na dúvida quanto à possibilidade de confiar ou não no profissional e no serviço, na possibilidade de receber apoio ou reprovação. Esta situação parece apontar que a localização espacial do serviço tem uma influência sobre a percepção e a confiabilidade que se constitui em relação ao mesmo.

Relato ainda mais uma cena, recortada da atuação como aconselhador no CTA:

Uma mulher procura o CTA para realizar o teste anti-HIV. Relata um teste realizado há um ano com resultado negativo e outro teste realizado há um mês com resultado positivo. Pergunto onde ela fez estes testes, se tem unidade de PSF próximo à sua casa e se havia sido neste local. Ela responde que tem PSF, mas jamais faria este teste lá, “porque é muita fofocaiada”. Afirma que, se ela, padeira do bairro, fosse diagnosticada com HIV lá na unidade, todos iriam saber. (Relato extraído do diário de campo).

Nestes casos, chama a atenção o fato de as pessoas buscarem realizar o teste ou o tratamento em locais distantes de sua residência, acreditando que esta seria uma estratégia para a preservação do sigilo diagnóstico. O sigilo se insinua sobre essas pessoas em função dos sentidos atribuídos ao diagnóstico de HIV e do risco de a revelação diagnóstica implicar em processos de estigmatização e discriminação.

O que interessa evidenciar, em relação a esses casos, é a existência de uma relação entre os processos de estigmatização da Aids e o território. O estranhamento que surge diz respeito à relação paradoxal estabelecida com o território. Nas políticas de saúde, principalmente de Atenção Básica, ele aparece como um importante operador e organizador da atenção (BRASIL, 2011). Existe uma

⁴ Observação: o diagnóstico deste usuário ocorreu em meados da década de 1990 e, desde então, seu tratamento vem sendo realizado no Ambulatório de Dermatologia Sanitária. Desde aquele período relata ser casado, mas até hoje não revelou seu diagnóstico para a esposa. Atribui a infecção à relações sexuais com outros homens, as quais mantém nos dias atuais frequentando saunas e outros locais de sociabilidade homossexual.

suposição de que a proximidade territorial auxilia na responsabilização da equipe de saúde perante uma determinada população, permitindo ainda uma contextualização do cuidado, a facilidade no acesso e a formação de vínculo. Porém, a proximidade com o território nem sempre é percebida como positiva para o usuário, que pode estabelecer uma relação paradoxal com o mesmo. Afinal, como afirma Goffman (2008), alguns estigmas despertam pena e compaixão (como no caso da criança órfã, da pessoa com câncer), enquanto outros podem despertar tanto compaixão quanto culpabilização, como no caso da Aids. Nesse caso, cria-se uma ambivalência, pois se pode encontrar naquilo que é familiar tanto o apoio quanto a culpabilização e a reprovação.

Deve-se ressaltar que a Aids suscita uma questão diferente em relação ao território ao ser comparada com outros problemas de saúde. Almeida e Labronici (2007) estudaram os aspectos que motivam algumas pessoas com HIV a não procurarem serviços do SUS para realizarem o acompanhamento de sua saúde. A partir das entrevistas realizadas, perceberam que há um receio na procura por serviços próximos ao local de moradia dessas pessoas, pelo medo de serem identificadas ou de encontrarem pessoas conhecidas. Como um modo de proteção, preferem o segredo, aumentando o sofrimento pessoal e a vulnerabilidade ao adoecimento de Aids. Essa percepção é corroborada por estudo realizado por Seoane e Fortes (2009) com usuários de unidades de saúde com ESF, onde se constatou a existência de passividade do usuário quanto à falta de sigilo de suas informações, a não ser em situações que envolvem doenças como a Aids, onde o preconceito ainda está presente. Estes dois últimos estudos citados, em especial, corroboram a nossa percepção de que nem sempre a proximidade com o território é vista como uma facilitadora do acesso, demandando uma atenção especial às questões éticas ali suscitadas.

A discussão sobre o território se torna ainda mais relevante no momento em que a atenção em HIV-Aids passa por uma tendência à descentralização, tendo em vista que esta se constitui como uma diretriz do Sistema Único de Saúde (SUS). Ou seja, cada vez mais os municípios são chamados a responder ao atendimento dos casos de Aids provenientes de suas localidades, considerando-se ainda a tendência à interiorização e pauperização da epidemia. Em relação à interiorização, desde a década de 1980, cada vez mais municípios do interior registram casos de Aids (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2001; RODRIGUES-JUNIOR; CASTILHO, 2004). Além da interiorização, observa-se também que a Aids torna-se cada vez mais presente nos segmentos populacionais pauperizados, geralmente localizados nas periferias ou bolsões de pobreza das grandes cidades (PARKER; CAMARGO JR., 2000). Somado a isso, a implantação do

SUS a partir de 1990 também impulsionou a municipalização e descentralização dos serviços e ações em saúde. A descentralização possui diferentes dimensões. No tocante ao nível assistencial, podemos pensar a descentralização da atenção dos grandes municípios em direção aos municípios de médio e pequeno porte. Em outra dimensão, podemos pensar a descentralização do nível especializado para o nível primário ou básico de atenção. Nosso interesse está mais voltado a esta última dimensão.

Em Porto Alegre-RS, a partir de 2011 foi adotada a diretriz de descentralização da atenção em HIV-Aids, que tem dentre as suas estratégias a inserção do teste-rápido, do aconselhamento e do acompanhamento de PVHA assintomáticas dentro das unidades básicas de saúde com ou sem Estratégia Saúde da Família-ESF. Essa estratégia representa uma ruptura em relação às propostas até então implementadas no município, consideradas centralizadoras – ou seja, com foco nos serviços especializados.

Informações divulgadas no site CGRAPs⁵ apontam que Porto Alegre encontrava-se em situação de alerta epidemiológico⁶. Enquanto a incidência de casos de Aids no Brasil, em 2010, havia sido de cerca de 20 casos/100.000 habitantes, a incidência no município de Porto Alegre fora de mais de 90 casos/100.000 habitantes, fazendo com que o município despontasse em primeiro lugar no ranking de cidades com maior incidência de Aids no Brasil. Além desses dados, também são apresentados como preocupantes o diagnóstico tardio e a alta taxa de mortalidade associada a Aids no município. A esse problema é atribuída uma multicausalidade, abrangendo aspectos biomédicos (presença de um subtipo viral diferenciado na região sul do Brasil), sociais (preconceito) e assistenciais (pouca ênfase do sistema de saúde na prevenção, baixa oferta do teste para HIV e outras DST na rede de saúde, falhas na vigilância epidemiológica).

Com base nesses aspectos, justifica-se o fato de a área técnica de DST / HIV / Aids da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre propor novas estratégias que favorecessem ao público o diagnóstico precoce. Assim,

⁵ Coordenação Geral da Rede de Atenção Primária, Serviços Especializados e Substitutivos da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Fonte: <http://informativocapses.blogspot.com.br/2011/12/descentralizacao-das-acoes-de-prevencao.html> - Acesso em 19 de março de 2012.

⁶ Dentro dos parâmetros apresentados, Porto Alegre estaria em alerta epidemiológico há quase 10 anos. Segundo o boletim epidemiológico (BRASIL, 2013a), em 2002 e 2003 a incidência ultrapassou 100 casos/100.000 hab. O fato de Porto Alegre liderar o ranking de incidência de Aids no Brasil em 2010 não foi exatamente uma novidade, considerando-se que o município liderou este ranking também nos anos de 2003, 2006, 2007, 2008 e 2009. Nos demais anos (entre 1998 e 2005) em que não liderou o ranking, manteve-se em 2º ou 3º lugar.

Durante os meses de agosto e setembro de 2011, 77 profissionais (médicos e enfermeiros) das 22 unidades da Gerência Partenon / Lomba do Pinheiro foram capacitados para a implantação do aconselhamento, teste rápido e assistência aos portadores assintomáticos. (CGRAPS, s/p).

A gerência distrital Partenon/Lomba do Pinheiro⁷ foi escolhida para dar início às ações de descentralização. Esta gerência contabilizou 224 casos novos em 2010, sendo considerada a região com maior incidência em Porto Alegre (CGRAPS).

Informações divulgadas no site da Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul apontam que o processo de descentralização ocorre em parceria entre serviços do estado e serviços do município,

Para aumentar o diagnóstico precoce de HIV e facilitar o acesso ao tratamento de uma parcela da população que está chegando muito tarde ao atendimento médico, o Serviço de Atenção Terapêutica (SAT) do Hospital Sanatório Partenon, em parceria com a Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre, realizam **Projeto Piloto de Descentralização das Ações de Prevenção e Assistência em DST/AIDS na Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro**. A capacitação iniciou na manhã desta terça-feira, 2, e se estenderá até o dia 9 de setembro (s/p; grifos nossos)⁸

A intenção deste projeto piloto era fornecer subsídios para a ampliação do processo de descentralização para todo o município. Winkler et al. (2012) informam a publicação da portaria 289, de 13 de março de 2012, que institui a realização de teste rápido para detecção do HIV e da sífilis, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais:

Esta é uma ação que há muito tempo Porto Alegre estava esperando, considerando o cenário epidemiológico de ambos os agravos na cidade. Nesse sentido, deu-se início a implantação do teste rápido (TR) nas gerências da Lomba do Pinheiro/Partenon, Glória/Cruzeiro/Cristal, Restinga/Extremo Sul e Norte/Eixo/Baltazar. Ainda em 2012 pretende-se implantar nos distritos Leste/Norte e Humaitá/Ilhas. (WINKLER et al., 2012, p. 1).

Além da alta incidência de Aids na população adulta, os autores também destacam a alta incidência de transmissão vertical no município, acima da média nacional: “a introdução do teste rápido busca atingir a ‘epidemia zero da transmissão vertical’, ou seja, nenhum caso de criança infectada pelo HIV pela gestação/parto no município” (p. 2).

⁷ A rede de saúde em Porto Alegre é estruturada em 8 gerências distritais.

⁸ <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=servicos&cod=2606> – Consulta em 19/03/2012

Em 2012, a Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre construiu uma proposta de plano integrado de ações para o enfrentamento da epidemia do HIV/Aids (SMS, 2012), o qual foi submetido a agências internacionais, buscando parcerias, apoio técnico e financeiro. Neste plano consta a apresentação de cinco eixos temáticos prioritários para o enfrentamento do HIV-Aids pela SMS de Porto Alegre, sendo que o primeiro deles envolve a ampliação do acesso à testagem anti-HIV através da atenção primária em saúde: **“Eixo 1: Ampliação da cobertura de diagnóstico:** Ampliação da cobertura de diagnóstico na rede de atenção primária, utilizando como estratégia a implantação do teste rápido diagnóstico do HIV e sífilis em larga escala, incluindo-se emergências e urgências e UPAS; unidade móvel de FIQUE SABENDO” (SMS, 2012, p. 02).

É necessário enfatizar que descentralizar a atenção, na perspectiva proposta, implica na valorização da dimensão do território, atrelando o atendimento a um local próximo à residência do usuário.

O processo de descentralização disparado em uma gerência distrital do município de Porto Alegre-RS é aqui compreendido como um processo de mudança no âmbito da atenção em saúde. Pensamos que a análise de processos de mudança levanta uma série de interrogações e permite evidenciar tensionamentos próprios ao campo investigado. Porém, nos interessa interrogar algumas dimensões específicas deste processo: os processos de estigmatização relacionados à Aids e sua relação com o cuidado territorial na ESF no município de Porto Alegre-RS. O processo de descentralização - as expectativas em relação a ele, os impasses para sua efetivação, os desafios colocados - serão aqui compreendidos como um meio de dar visibilidade e expressão aos processos de estigmatização e à dimensão do território na ESF.

1.2. DELIMITANDO O PROBLEMA DE PESQUISA

Diante da contextualização apresentada, constituímos como problema de pesquisa: Que tensões emergem na relação entre processos de estigmatização e território no transcurso de um processo de descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica em saúde?

O referido problema tem emergência no tensionamento entre os modos de vida da população e a gestão pública do território. Entre esses dois polos pode haver tanto relações de convergência quanto de divergência (FERREIRA NETO, 2011), estando o tensionamento referido a essa relação.

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVO GERAL

Compreender as tensões emergentes na relação entre processos de estigmatização e território no transcurso de um processo de descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica em saúde.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- caracterizar o processo de descentralização da atenção em HIV-Aids para as unidades de ESF em Porto Alegre sob a perspectiva dos participantes da pesquisa;
- descrever as ações de atenção em HIV-Aids que ocorrem na ESF, analisando algumas de suas especificidades;
- descrever e analisar a percepção de gestores municipais, usuários, profissionais e controle social local sobre os processos de estigmatização em relação ao HIV-Aids no atual contexto da epidemia;
- analisar as configurações do território na atenção em saúde na ESF;
- analisar as tensões entre estigma e território.

3. CONSTRUINDO A TRAMA CONCEITUAL DA PESQUISA

Nosso estudo tem como base as contribuições da Psicologia Social, em uma perspectiva institucionalista, assimilando autores como Michel Foucault, Erving Goffman, René Lourau e Gilles Deleuze. Apesar desses autores trabalharem com métodos e conceitos distintos entre eles, o que nos permite aproximá-los é a compreensão de que oferecem ferramentas conceituais que permitem compreender e problematizar a realidade social e institucional.

Dentro da trama conceitual proposta, delimitamos três conceitos que nos auxiliam a fundamentar a tese, aos quais passaremos a explorar: processos de estigmatização, sexualidade e território.

3.1. PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO

O processo de pesquisa exige um olhar retrospectivo, visando possibilitar uma aproximação com o estado da arte em torno da temática estudada. Sendo assim, neste tópico nos propomos a realizar um levantamento da literatura acerca dos processos de estigmatização, especialmente no intercruzamento com o território, Atenção Básica e sexualidade. Neste exercício, somos guiados por alguns questionamentos: o que tem sido dito, em diferentes meios (artigos acadêmicos, livros, documentos), sobre a temática investigada? Que pesquisas existem em torno do assunto pesquisado? Como as pesquisas existentes dialogam com a que estamos propondo? Em que aspectos a nossa pesquisa se diferencia?

Desde já, deve-se indicar que a Aids não é primeira nem a única doença historicamente marcada por processos de estigmatização. Antes dela houve (e ainda há) o estigma ligado à loucura/doença mental (NAFFAH NETO, 1998; THORNICROFT et al, 2009), à lepra/hanseníase (BAIALARDI, 2007; BORENSTEIN et al, 2008), ao câncer (SONTAG, 2007), às doenças de pele como vitiligo e psoríase, à tuberculose - também chamada de “peste branca” (GONÇALVES, 2002), à sífilis (CARRARA, 1994). Mas, em relação a estas, a Aids revela algumas especificidades, principalmente o componente sexual (que também já esteve associado à sífilis) e/ou sua associação com a morte/representação de doença incurável. Apesar da transição da “Aids aguda” para a “Aids crônica” (ALENCAR; NEMES; VELOSO, 2008), marcadamente após a introdução dos

antirretrovirais na segunda metade da década de 1990, as representações de morte não foram totalmente apagadas do imaginário social, mesclando-se com a ideia de “doença controlável”.

Iniciaremos esta exploração com a análise das relações entre estigma e Aids em documentos publicados por organizações internacionais.

3.1.1 A Perspectiva das Organizações Internacionais

A partir de uma busca de documentos produzidos por organismos internacionais⁹ sobre o tema estigma e HIV-Aids, fica bastante evidente o reconhecimento de que o estigma e a discriminação em relação ao HIV/Aids constituem um importante problema a ser enfrentado em nível mundial. O relatório produzido por UNAIDS relembra que:

Em 1987, Jonathan Mann, o então diretor do Programa Mundial contra a Aids da Organização Mundial da Saúde, previu três componentes da epidemia de HIV: o primeiro seria o HIV; o segundo, a Aids; e o terceiro, o estigma, a discriminação e a negação. Previu que o estigma, a discriminação e a negação seriam tão centrais quanto à enfermidade por si mesma. (2008, p. 21).

O documento aponta, ainda, que é notável que, passados trinta anos da descoberta do HIV, o estigma e a discriminação continuem sendo problemas importantes.

Em Aggleton e Parker (2002) encontramos os marcos conceituais e bases para ações de combate ao estigma e à discriminação relacionados ao HIV/Aids, os quais se constituíram como tema central da campanha mundial contra a Aids para os anos de 2002-2003. Já o documento produzido por Foreman, Lyra e Breinbauer (2003) fornecem uma compreensão da origem, das formas de manifestação e repercussão da discriminação relacionada ao HIV dentro dos serviços de saúde. Apesar de todos os documentos encontrados apontarem que os serviços de saúde podem ser um local de manifestação do estigma e da discriminação, este documento lança um olhar específico para esta questão. De modo geral, sintetiza uma série de estudos realizados em diferentes países com a intenção de identificar as atitudes dos profissionais de saúde e as experiências de pessoas com HIV-Aids nos serviços de saúde. Grande parte dos estudos relatados aponta a presença de estigmas e ações discriminatórias nos serviços de saúde. Ao mesmo tempo, também apontam uma redução das ações discriminatórias em comparação com o início da epidemia. Por fim, o documento

⁹ Busca realizada na Biblioteca Virtual em Saúde, com as palavras-chave “estigma + HIV” e “estigma + Aids”.

indica a necessidade de capacitação específica dos profissionais de saúde, seja para obter informações mais adequadas, seja para lidar com possíveis preconceitos que podem atravessar o modo como estabelecem a atenção em saúde. Já em ONUSIDA (2005), encontramos não apenas os marcos teóricos e conceituais, como também o relato de 30 experiências desenvolvidas em diferentes países com vistas à redução do estigma e preconceito relacionados ao HIV/Aids, incluindo uma experiência brasileira. UNAIDS (2008) enfatiza a necessidade de inserção de ações que propiciem a redução do estigma e da discriminação relacionados ao HIV/Aids dentro dos Programas Nacionais de Aids. Além de apresentar uma introdução teórica ao tema, busca também oferecer recursos para isso (indicativos de como medir o estigma; modos de sistematizar ações), além de apresentar dados sobre os programas desenvolvidos em alguns países. O Brasil é um dos países que aparece como tendo um programa com eficácia demonstrada. É citada a experiência desenvolvida em Foz do Iguaçu, envolvendo a abordagem (prevenção, testagem e tratamento) de “populações móveis” – no caso, os caminhoneiros. Outro documento encontrado (UNAIDS, 2010) surge a partir de uma agenda criada como encaminhamento do 24º encontro do Conselho Coordenador da ONUSIDA e destaca o fato de que, 30 anos após o início da epidemia, o estigma e a discriminação relacionados ao HIV continuam sendo prevalentes em diversas partes do mundo. Tal fato suscita a reafirmação da necessidade de respostas não discriminatórias. Além de reiterar situações e contextos de discriminação já apontados nos documentos anteriores, encontramos uma ênfase na necessidade de revisão de leis restritivas e/ou punitivas relacionadas ao HIV. Como exemplo de lei restritiva, podemos citar aquelas que restringem a entrada de pessoas com HIV/Aids em alguns países. E como exemplo de leis punitivas podemos citar aquelas que envolvem a punição (detenção, por exemplo) da pessoa que transmitir HIV para outra, mesmo que de maneira “involuntária”.

Os documentos encontrados (UNAIDS, 2008, 2010; AGGLETON; PARKER, 2002; ONUSIDA, 2005; FOREMAN; LYRA; BREINBAUER, 2003) são consoantes entre si no que diz respeito à:

- a) noção de estigma veiculada;
- b) a relação entre estigma e discriminação ou entre estigma, discriminação e violação dos direitos humanos;
- c) preocupação com a formulação e/ou divulgação de ações e experiências que incidam sobre a redução do estigma e discriminação relacionados ao HIV.

O estigma é definido como um modo de desprestígio ou desqualificação de um indivíduo perante outros em decorrência da presença ou possibilidade de presença de HIV/Aids. Tem consequências sobre a percepção dos indivíduos sobre os outros e sobre si mesmos. O estigma relacionado ao HIV também é definido como um conjunto de crenças, sentimentos e atitudes negativas acerca das pessoas vivendo com HIV ou a elas relacionadas. UNAIDS (2010, p 2) afirma que o estigma relacionado ao HIV pode afetar as pessoas suspeitas de terem HIV, as pessoas que se relacionam com outra pessoa com HIV e as pessoas em maior risco para exposição ao vírus, como usuários de drogas, profissionais do sexo, entre outros. Deve-se apontar que, ao definir o conceito de estigma, a maioria dos documentos faz menção explícita à obra “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada”, de Erving Goffman (2008). Alguns documentos (ONUSIDA, 2005) apontam, ainda, o quanto o estigma envolve um processo dinâmico de constituição, não sendo algo estático.

O estigma pode ser dirigido pela pessoa afetada pelo HIV a si mesma, sendo então denominado de “estigma internalizado” ou “autoestigmatização” (MORRISON, 2006). Nesse caso, ocorre a interiorização das respostas e reações dos outros, podendo ocasionar sentimentos de vergonha, culpa, retraimento, inutilidade. Podem conduzir, ainda, à depressão e a pensamentos suicidas (ONUSIDA, 2005). UNAIDS (2008) ressalta também outros efeitos do estigma, como: postergação do diagnóstico - ou seja, as pessoas evitam realizar o teste anti-HIV, com receio do resultado e seu impacto; dificuldade e postergação da revelação do diagnóstico para parceiros afetivo-sexuais e familiares, o que tem como consequência, ainda, a falta de apoio; necessidade de ocultamento dos signos da Aids, seja através da substituição por outros signos (trocar o rótulo da medicação), seja pelo abandono do tratamento. Um dos efeitos do estigma, segundo a UNAIDS (2008), é o deslocamento para fora da comunidade local na busca de atenção, pelo temor da difusão de dados confidenciais, aspecto que se relaciona com a nossa problemática de pesquisa. Por todos esses motivos, percebe-se que o estigma e a discriminação atravessam todos os níveis de atenção: da prevenção ao tratamento e à reabilitação. Por esse motivo, preconiza-se que a redução do estigma e da discriminação relacionados ao HIV deve fazer parte dos Programas Nacionais de Saúde (UNAIDS, 2008).

Os documentos também apontam que o estigma relacionado ao HIV é um fenômeno multi-estratificado, que se apoia e reforça comportamentos negativamente valorados por já serem marginalizados, como o comportamento sexual, comércio sexual, consumo de drogas, além de estar

ligado a aspectos como relações desiguais de gênero, raça/etnia e desigualdades econômico-sociais (ONUSIDA, 2005). Nesse sentido, ele nunca pode ser analisado isoladamente, pois se apoia e se inter-relaciona com outros aspectos. Os grupos já estigmatizados podem sofrer uma sobreposição do estigma da Aids. Por outro lado, uma PVHA, mesmo não pertencendo a um grupo pré-estigmatizado, pode se sentir marginalizado pela pressuposição social de que as pessoas com Aids pertencem àqueles grupos. A figura seguinte explicita o círculo vicioso que se forma entre a estigmatização e a marginalização.

Figura 3 . El círculo vicioso de estigmatización y marginación⁸



⁸ Adaptado de: Parker R., y Aggleton P. (2002). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action*. Consejo de Población: Proyecto Horizontos.

Fonte: ONUSIDA, 2005, p. 08

Todos os documentos encontrados (UNAIDS, 2008, 2010; AGGLETON; PARKER, 2002; ONUSIDA, 2005; FOREMAN; LYRA; BREINBAUER, 2003) relacionam o estigma com a discriminação¹⁰, caracterizada como um tratamento (ação ou omissão) injusto e indigno, baseado na percepção sobre o status sorológico de uma pessoa. Nesse sentido, a discriminação corresponderia ao modo de expressar o estigma. São sinais de discriminação:

- o pedido de exame anti-HIV sem consentimento;
- a negação de emprego em função da condição sorológica;

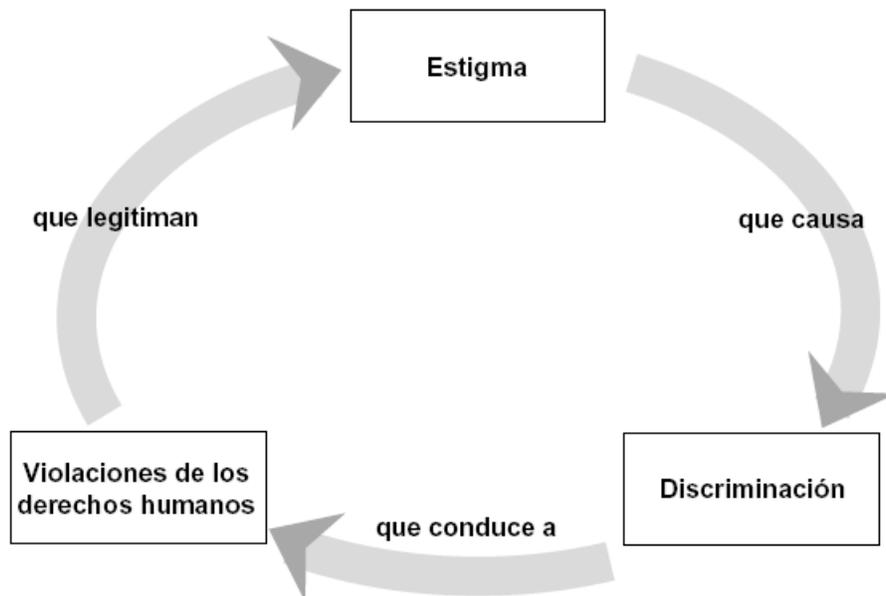
¹⁰ Discussões mais atuais no campo do HIV-Aids tem destacado a noção de “desrespeito de direitos, entendendo que este termo remete a uma dimensão mais política, suscitando a construção de respostas que levem ao respeito de direitos.

- exclusão das pessoas com HIV de atividades coletivas;
- limitações e restrições em viagens internacionais, etc.

Tais ações podem ocorrer em diferentes espaços, como nos serviços de saúde, no trabalho, na escola, em prisões, no espaço familiar.

O estigma e os processos de discriminação se relacionam, ainda, com a violação de direitos humanos. A avaliação de tais violações baseia-se nos princípios da Declaração Universal de Direitos Humanos, principalmente no reconhecimento da igualdade entre as pessoas. ONUSIDA (2005) descreve o que chama de “ciclo de estigma, discriminação e violação dos direitos humanos”.

Figura 4. Ciclo de estigma, discriminación y violaciones de los derechos humanos¹⁰



¹⁰ Diagrama preparado por Miriam Maluwa y Peter Aggleton.

Fonte: ONUSIDA, 2005, p. 11.

Deve-se apontar que, entre os documentos analisados, o primeiro é datado de 2002 (AGGLETON; PARKER, 2002), enquanto o último é do ano de 2010 (UNAIDS, 2010). Chama a atenção o quanto o tema relacionado ao estigma continua sendo uma questão importante em âmbito mundial.

3.1.2. Revisão de Literatura.

Com a finalidade de caracterizar a produção científica em torno da temática “Aids” “estigma” e “Atenção Básica”/“atenção primária” ou “ESF”, efetuamos uma busca na base de dados SCIELO e LILACS. A primeira busca foi realizada com os descritores “Aids”, “estigma” e “atenção primária” e “Aids”, “estigma” e “Atenção Básica”, encontrando-se dois estudos internacionais. O primeiro estudo analisou a presença de estigma e discriminação relacionados ao HIV-Aids entre trabalhadores de saúde do nível primário de atenção de um município na Nigéria, concluindo que a presença do estigma entre os trabalhadores está presente em vários domínios, mas é menor entre aqueles que receberam formação em serviço (SEKONI; OWOAJE, 2013). Um grande percentual dos profissionais temiam a transmissão casual do vírus, assim como muitos deles acreditavam que a revelação do diagnóstico para profissionais de saúde era um imperativo. O segundo estudo (BUSTO et al., 2011) foi realizado com médicos da atenção primária de Madrid, Espanha e buscou investigar as atitudes e práticas frente ao diagnóstico da infecção pelo HIV frente aos novos protocolos, que preveem o diagnóstico de forma simplificada – ou seja, sem a necessidade de um consentimento informado específico nem perguntas sobre práticas de risco. Percebeu-se que grande parte dos profissionais havia assimilado estas práticas, assim como consideravam que as práticas diferenciadas em relação ao diagnóstico de HIV em comparação com outras doenças transmissíveis poderia contribuir para a manutenção do estigma.

Em outra busca, agora com os termos “Aids”, “Estigma” e “Estratégia Saúde da Família”, apareceram quatro registros. Porém, três deles não se referiam especificamente à ESF, no sentido de um serviço de Atenção Básica, mas sim à questão do suporte familiar. O outro estudo captado diz respeito a estudo realizado com uma equipe de ESF no município de Porto Alegre, no qual buscou-se investigar a percepção da equipe sobre o estigma relacionado ao HIV-Aids. A análise revelou que a atenção em HIV-Aids não era uma prioridade no contexto da Atenção Básica, apesar da alta incidência de Aids na região, sendo que as ações de prevenção ocorriam de modo disperso, nas chamadas “demandas espontâneas” atendidas pela equipe. O estudo também revelou aspectos que poderiam tanto facilitar quanto dificultar o acesso aos usuários à atenção em HIV-Aids na ESF (ZAMBENEDETTI; BOTH, 2013)¹¹.

¹¹ O referido artigo foi um dos resultados da pesquisa vinculada ao trabalho de conclusão da Residência Integrada em Saúde de mesma autoria do autor desta tese, sob orientação de Nalu Silvana Both (Psicóloga do CTA do

Em um segundo momento, ampliamos o filtro, mas restringimos a pesquisa à base de dados SCIELO, utilizando os descritores “Aids” e “Estigma” (46 registros); “Aids” e “Estratégia Saúde da Família” (1 registro); “Aids” e “Atenção Básica” (2 registros); “Aids” e “atenção primária” (2 registros)¹².

Desde já fica evidente a ampla existência de produção científica sobre a interface da Aids com o estigma, mas pouca produção científica em torno da relação entre Aids e Atenção Básica/atenção primária/estratégia saúde da família.

Em relação aos artigos que propõem a interface entre Atenção Básica / Atenção Primária / ESF e Aids, um foi descartado por não apresentar relação entre os dois temas (ARONA, 2009) e outro por se tratar de relato de experiência de estágio, anterior a 2000 (SILVA; OLIVEIRA; FRANCO, 1998). Identificamos que os outros 3 artigos focalizam diferentes aspectos da atenção em HIV-Aids na ESF. O estudo de Araújo et al. (2014) investigou a oferta do teste para HIV na clínica de ginecologia de unidades básicas de saúde do Rio de Janeiro, tendo por base a percepção de usuárias dos serviços. A pesquisa encontrou dados que indicam que a oferta do teste é baixa para o público em geral, estando atrelada ao pré-natal, algumas vezes sem a solicitação do consentimento da usuária e muitas vezes sem a realização das orientações (aconselhamento). A não oferta do teste pelo profissional foi considerado um dos fatores que dificultam o acesso ao diagnóstico. Seone e Fortes (2009), investigaram como os usuários de uma equipe de ESF se sentem em relação à privacidade e sigilo de suas informações, principalmente na relação estabelecida com os Agentes Comunitários de Saúde. O estudo constatou existir certa passividade e despreocupação dos usuários quanto ao sigilo de suas informações, a não ser nas situações que envolvem diagnósticos permeados por algum estigma, como o câncer, HIV-Aids e doença de próstata. Esse dado sugere que os problemas de saúde não são vistos de forma homogênea pela população, que demanda tratamentos diferenciados conforme cada situação. Por fim, Bellenzani, Santos e Paiva (2012) tiveram como objetivo analisar aspectos que podem levar à exposição de adolescentes à Aids. A pesquisa foi realizada em duas Unidades Básicas de município turístico do Estado do Rio de Janeiro e analisou tanto a percepção dos adolescentes quanto às ações das equipes, com foco na atuação dos Agentes Comunitários de Saúde. Concluiu que são limitadas as ações da equipe de atenção primária, aumentando a vulnerabilidade dos adolescentes. O estudo também

Ambulatório de Dermatologia Sanitária). A pesquisa foi desenvolvida no ano de 2009, momento em que a discussão sobre a descentralização da atenção em HIV-Aids ainda era incipiente no município de Porto Alegre-RS.

¹² Busca atualizada em 28 de março de 2014.

aponta falta de ações com caráter dialógico, capazes de estabelecer um vínculo de confiança entre a equipe e os adolescentes. Apesar disso, indica a potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde, indicando a necessidade de processos de formação para a abordagem baseada nos direitos humanos.

Apesar de não terem sido captados através da busca das palavras-chave no banco mencionado, outros cinco artigos também merecem destaque por abordarem a relação entre atenção em HIV-Aids e ESF. Souza, Santo e Motta (2008) investigaram a vulnerabilidade de gênero de mulheres atendidas por uma equipe de ESF. A pesquisa conclui que a ESF contribui para a vulnerabilidade ao não incorporar a discussão sobre sexualidade e relações de gênero ao processo de trabalho em educação em saúde, centrando sua atenção nos aspectos biomédicos do pré-natal e redução do câncer ginecológico. O outro estudo foi realizado por Abdalla e Nichiata (2008) tendo como foco de discussão a abertura da privacidade e o sigilo de informações de mulheres com HIV atendidas em uma equipe de ESF no município de São Paulo. As autoras mencionam, na introdução do estudo, que o receio pelo preconceito e discriminação leva as mulheres a se preocuparem quanto ao segredo de seu diagnóstico, justificando a necessidade de estudos que discutam situações que envolvem questões de privacidade e sigilo das informações nas experiências de assistência do PSF às mulheres com HIV-Aids. Outros dois estudos (SILVA et al., 2005 e PALÁCIO; FIGUEIREDO; SOUZA, 2012) abordaram a questão da (des)integração entre serviços de atenção primária e serviços especializados em HIV-Aids. O primeiro (SILVA et al., 2005), sob a perspectiva de profissionais que atuam na atenção primária e na atenção especializada, revela que os profissionais da atenção primária não sabem o que é realizado nos serviços especializados, assim como desconhecem as pessoas infectadas por HIV de sua área de abrangência, denotando não ser um problema atinente às suas responsabilidades. Já o estudo de Palácio, Figueiredo e Souza (2012) aborda a perspectiva de PVHA atendidas em um centro especializado sobre a integração dos serviços necessários ao seu cuidado. Os autores observam que há tanto movimentos que caminham no sentido da integralidade do cuidado quanto no sentido da fragmentação, em função do baixo nível de articulação e comunicação entre os serviços. Por fim, nesta mesma linha, o estudo de Ferraz e Nemes (2013) analisa um processo de devolução realizado junto a uma equipe, referente a uma pesquisa que buscava avaliar a implantação de ações em HIV-Aids junto a uma Unidade Básica em Saúde utilizando o referencial dos Direitos Humanos e da Vulnerabilidade. As autoras concluem apontando a importância de espaços de co-gestão para que os trabalhadores possam

identificar as dificuldades no processo de prevenção às DST, HIV-Aids, assim como a busca de soluções partindo de situações concretas.

Nenhum dos artigos analisados veicula o estigma como operador conceitual central, tema da pesquisa ou objetivo de investigação, apesar de ele aparecer na introdução e justificativa ou nos resultados e discussão. O foco de problematização do encontro entre atenção em HIV-Aids e atenção primária, portanto, ocorre a partir de outros referenciais, como o da integralidade e cuidado em saúde, vulnerabilidade e direitos humanos, tecnologias de cuidado e modelos de prevenção em saúde. São esses elementos que possibilitam tensionar a relação entre HIV-Aids e atenção primária.

Em relação aos 46 artigos encontrados na base Scielo, a partir das palavras-chave “Estigma e Aids”, a maioria foi publicada depois de 2007 (38), havendo concentração entre os anos de 2007 e 2008 (15 artigos) e entre 2011 e 2012 (13 artigos). A maioria das publicações ocorreu em revistas de saúde pública/saúde coletiva (21), seguido das revistas de Enfermagem (11) e de Psicologia (7), estando as demais publicações dispersas em revistas de especialidades médicas, educação, administração pública e ciências humanas.

Em termos de procedimentos metodológicos, a entrevista foi a técnica de produção de dados mais utilizada, seguido pelos grupos focais ou de discussão em pelo menos 4 pesquisas. Também houve a utilização de questionários e inquéritos populacionais. A observação de campo (estratégias etnográficas) também foi relatada em pelo menos 5 estudos. Na maioria dos estudos foi utilizada apenas uma técnica (como a entrevista), enquanto em outros estudos foram utilizadas duas técnicas (pelo menos em três pesquisas que utilizaram grupo focal, foram utilizadas, concomitantemente, as entrevistas) ou até três delas. Predominam os estudos com caráter qualitativo, apesar de também terem sido encontrados estudos descritivos, transversais, exploratórios, estudos teóricos, revisão de bibliografia e estudo documental. A maioria dos estudos foi realizada com PVHA que realizam acompanhamento em serviços especializados. Também houve participantes captados através de ONGs e da técnica da bola de neve (na qual uma pessoa vai indicando outras dentro de uma rede de sociabilidade), assim como estudos abordando coordenadores de escolas e profissionais de saúde. Não foram encontradas publicações abordando o nível da gestão municipal ou estadual dos sistemas de saúde no tocante ao planejamento da atenção em HIV-Aids.

Ao analisarmos os artigos, fizemos uma divisão inicial dos mesmos em duas linhas. Na primeira, a relação estigma e Aids constitui-se como foco do artigo, inserindo-se como uma temática central e/ou entre os objetivos da investigação. No segundo, a investigação da relação

Aids e Estigma não se constitui em um objetivo do estudo. Porém, tal relação pode aparecer no decorrer do artigo de duas maneiras.

- 1) Aparece na introdução e contextualização do estudo, mas não chega a ser enfocado nos resultados e análises. Por exemplo, para justificar o impacto do estigma causado pela lipodistrofia – mas o foco do estudo é analisar a relação entre lipodistrofia e exercício físico.
- 2) Aparece como resultado relevante diante dos objetivos do estudo, ganhando ênfase nos resultados, discussões e conclusões. Por exemplo, quando o objetivo é analisar a trajetória de mulheres que não procuraram serviços do SUS para realizar seu tratamento, chegando a conclusão de que o estigma é um dos principais motivadores da não procura de serviços do SUS; ou, estudo que teve por objetivo avaliar aspectos relacionados à adesão ao tratamento e discute o quanto o estigma atravessa tal momento do tratamento.

Para não tornar a revisão muito extensa, destacaremos dos artigos consultados apenas os aspectos considerados mais relevantes, que auxiliam na compreensão do modo como o estigma tem sido tematizado em pesquisas acadêmicas e da sua relevância no contexto da epidemia.

Entre os estudos que focalizaram a relação “Aids” e “estigma”, encontramos diferentes perspectivas de abordagem, passando pelo objetivo de avaliar a presença da intenção de estigma e discriminação (GARCIA; KOYAMA, 2008), avaliar o conhecimento sobre formas de transmissão e atitudes de escolares frente a pessoas infectadas pelo HIV (MATOS et al., 2003), relacionar o estigma com a revelação do diagnóstico na infância e adolescência (GUERRA; SEIDL, 2009), relacionar o estigma com determinados contextos – como o escolar (ZUCCHI et al., 2010), o do trabalho/desemprego (GARRIDO et al., 2007) e o dos serviços/profissionais de saúde (MASSIAH et al., 2004; INFANTE et al., 2006). Também encontramos um estudo que analisou a construção do processo de representação da Aids através do relato de PVHA. Tal construção é permeada pelo estigma e pela monstruosidade, mesclando aspectos do modelo da lepra e do modelo da peste (MARTÍNEZ; GAVIDIA, 2006). Martinez (2008), tem como foco a questão do estigma, mas principalmente o estigma relacionado à orientação sexual (no caso, transgênero e transexual) e à nacionalidade latina de pessoas que migram para os Estados Unidos. Neste contexto, a Aids emerge como um terceiro fator de estigmatização, sobrepondo-se aos demais. Todos os estudos citados afirmam a permanência do estigma e de atitudes discriminatórias em relação ao HIV. O estudo de

Garcia e Koyoma (2008) realizou um recorte de alguns dados de uma pesquisa desenvolvida em 1998 e outra em 2005. A referida pesquisa foi realizada com 5.040 pessoas (em 2005) a partir de perguntas como: “o teste da Aids deveria ser obrigatório para admissão no emprego?”. Apesar da redução de alguns índices, houve manutenção de outros. As respostas a duas questões relacionadas ao “contato social” com pessoas com HIV chamam a atenção. “Você deixaria seus filhos menores em companhia de uma pessoa que tem o vírus da Aids?” Apenas 37,8% disseram que sim, em 1998 e 36,8 em 2005; “Aceitaria que uma casa de apoio para doentes de Aids funcionasse ao lado de sua casa?” 71,9% responderam que sim em 1998 e 75,6% responderam que sim em 2005. Segundo os autores esses dados podem

indicar que a rejeição cresce na medida em que aumenta a possibilidade de proximidade, intimidade e interação com portadores do HIV. Tais situações evidenciam a desinformação (ou falta de confiança na informação obtida) em relação à exposição ao vírus pelo contato social e o forte estigma da doença reiteradamente aqui mencionado, os quais, somados, reforçam o próprio estigma e geram isolamento e afastamento daqueles que vivem com o HIV e sua consequente discriminação. (GARCIA; KOYAMA, 2008, p. 82).

Apesar de a pesquisa apontar redução do estigma em algumas áreas, devemos ponderar o indicador utilizado, ou seja, o indicador estatístico. Pensamos que, apesar da redução, muitos dos índices continuam em patamares elevados. Por exemplo, se considerarmos a pergunta “O teste da Aids deveria ser obrigatório para admissão no emprego?”, observamos que em 1998, 65,9% das pessoas disseram que sim e, em 2005, 57,3% das pessoas disseram que sim. Apesar de uma redução significativa do ponto de vista estatístico, consideramos que o índice ainda é muito elevado, assim como em outros indicadores do estudo. A redução de tais índices para números que continuam sendo elevados, somado aos índices onde não houve redução, indicam a necessidade de outros modos de intervenção que sensibilizem a população, pois apenas a informação qualificada não garante a eliminação do estigma e da discriminação, já que grande parte das pessoas tinha conhecimento sobre os modos de transmissão do HIV.

O referido estudo analisou o estigma em uma perspectiva quantitativa – em termos de aumento, diminuição ou manutenção. Por outro lado, o estudo de Zucchi et al. (2010) analisou também as transformações nos modos de manifestação do estigma, ressaltando aspectos qualitativos. Zucchi et al. (2010) avaliaram o estigma e a discriminação no contexto escolar, através de entrevistas com coordenadores de escolas. Apesar de os participantes, de um modo geral,

negarem a existência de episódios de discriminação, os relatos dos mesmos apontam o contrário. A discriminação é evidenciada pela falta de confidencialidade do diagnóstico, pelas restrições colocadas às relações afetivo-sexuais de casais soro discordantes, pela percepção dos participantes de que os direitos reprodutivos das pessoas com HIV não são idênticos aos das pessoas que não têm HIV, medo inconsciente de contaminação (que pode restringir o contato entre educador e aluno), etc.

Portanto, podemos dizer que, atualmente, será menos provável encontrar uma escola que recuse a matrícula de uma criança com base no seu estado sorológico HIV positivo. Parece haver consenso nos relatos do presente estudo de que crianças com HIV devam frequentar a escola, não havendo mais manifestações explícitas de que elas representariam um perigo aos alunos tidos como saudáveis. Entretanto, esses mesmos educadores podem se ver no direito e dever de intervir no namoro de um jovem casal de alunos soro discordante, sugerindo claramente o rompimento desta relação. O fator crucial para o aluno sofrer estigma na escola é ter HIV: ocorre uma racionalidade sobre a transmissão do HIV, que tolera o "estar perto de" (diferentemente do início da epidemia), mas não aceita a experiência da sexualidade de um jovem portador. (ZUCCHI et al., 2010, p. 728).

Isso indica uma mudança na forma de manifestação do estigma, que parece assumir formas mais sutis na contemporaneidade, passando por processos de racionalização.

Entre os estudos que não têm como objetivo direto estudar a relação estigma-Aids, mas acabam tratando do tema nas discussões e/ou conclusões, alguns merecem destaque.

Gandra e Teixeira (2010) analisaram as implicações físicas, psicológicas e sociais do viver com HIV-Aids para 17 pessoas em Portugal. Os autores destacam as implicações psicológicas decorrentes do estigma, principalmente a ansiedade. Alencar, Nemes e Veloso (2008) investigaram as mudanças corporais experimentadas por pessoas com HIV-Aids, tomando por base relatos de 1999 e de 2005. O estigma aparece como resultado de mudanças corporais associadas à Aids, identificadas em três diferentes momentos da epidemia: 1º) Perda de peso; 2ª) Recuperação do peso com a introdução do Tratamento Anti-Retroviral (TARV); 3º) distribuição irregular da gordura (lipodistrofia). Tais mudanças acompanham o processo de passagem da “Aids aguda” (antes de 1996, quando ainda não existia distribuição gratuita de antirretroviral) para a “Aids crônica” (pós 1996, com a introdução dos antirretrovirais no sistema público de saúde). Segundo Alencar, Nemes e Veloso (2008):

A TARV mudou a “cara da aids”, que deixou de ser a “cara magra do Cazuzá” e recentemente começou a ser “substituída” pelas mudanças corporais causadas

principalmente pela lipodistrofia. Após o aumento de peso, surgiram as gorduras indesejáveis e disformes: um acúmulo de gordura na região do abdômen e na nuca ou a perda de massa nos membros e no rosto. Se antes a magreza era um sinal da doença, agora o acúmulo de gordura passa a ser um novo sinal físico de sua manifestação. (...). O rosto perde gordura nas bochechas e impacta as pessoas ao se reconhecerem diante de um espelho ou ao olharem fotografias 3X4. A barriga grande com pernas finas é enfatizada por muitas mulheres, que dizem terem sido confundidas com grávidas ou perderem outras características femininas de seu corpo, após começarem a tomar os anti-retrovirais. (p. 1845).

O estudo mencionado auxilia a compreender uma nova forma de manifestação de um signo estigmatizante da Aids: a mudança corporal – não mais marcada pela perda de peso, mas pela distribuição irregular da gordura no corpo.

Os artigos de Silva e Ayres (2009) e Paiva, Segurado e Filipe (2011) discutem a revelação do diagnóstico para parceiros sexuais. O primeiro abordou profissionais e usuários, enquanto o segundo abordou homens hetero e bissexuais. O estigma aparece como um importante aspecto que interfere no processo de revelação do status sorológico aos parceiros. Ambos os estudos abordam a necessidade dos profissionais em saúde efetivarem a gestão do estigma, visando a auxiliar pessoas com HIV no processo de revelação do diagnóstico. Trata-se de reconhecer a dimensão do estigma e a necessidade dos profissionais compreenderem-no, para intervirem de modo mais adequado.

Estudo de Melchior et al. (2007) buscou avaliar os aspectos que interferem e dificultam o processo de adesão ao tratamento para HIV-Aids. O artigo conclui que as dificuldades relacionadas ao estigma de viver com HIV/Aids (de cunho social e cultural) são mais difíceis de serem superadas do que as dificuldades relacionadas ao tomar a medicação em si. Consoante a este estudo, Souza et al. (2013) entrevistaram 7 PVHA consideradas em “falha terapêutica”, buscando analisar os fatores que contribuem para a mesma. A análise revelou que os mesmos aspectos que tornam essas PVHA vulneráveis à infecção também as tornam vulneráveis, posteriormente, a não realização do acompanhamento, sendo tais aspectos caracterizados pelos conflitos nas relações familiares, além do estigma permeado nas relações sociais. Herrera et al. (2008) investigaram aspectos no relacionamento médico-paciente que afetam a adesão e a qualidade de vida de PVHA, a partir do relato dos pacientes. O estudo identificou que o estigma também afeta a adesão ao tratamento, principalmente pelo receio de que o diagnóstico seja descoberto. Encontraram resultados que apontam a existência de discriminação dentro dos serviços de saúde e a falta de capacitação dos profissionais para lidar nesta área. A falta de capacitação faz com que alguns profissionais não solicitem o teste no momento adequado, resultando em diagnóstico tardio.

Estudo realizado por Santos, França e Lopes (2007) avaliou a qualidade de vida de PVHA, incluindo aspectos físicos, emocionais e sociais. Concluiu que, apesar de estarem bem física e psicologicamente, há uma perda significativa no domínio das relações sociais. Os autores acreditam que isso se relaciona com os processos de estigma e discriminação, associados às dificuldades na revelação diagnóstica em espaços sociais e para uma vida sexual tranquila.

Almeida e Labronici (2007) fizeram um trabalho que tem relação com a nossa proposta de pesquisa. As autoras investigaram o motivo que leva pessoas com HIV a não procurarem serviços do SUS, permanecendo “invisíveis” ao sistema de saúde. Tanto na justificativa do estudo quanto nos seus resultados, a questão do estigma adquire centralidade, por ser considerado um dos principais aspectos que leva as pessoas a não procurarem unidades de saúde vinculadas ao SUS próximas a sua residência, em decorrência do medo da revelação do diagnóstico e da consequente discriminação.

Observamos que os colaboradores não procuram as Unidades de Saúde próximas às suas casas pelo medo de serem identificados, principalmente quando sabem que nesses serviços irão encontrar pessoas de seu convívio social para quem não foi revelado seu diagnóstico de HIV. Devido a esse medo, antecipam que vão sofrer de discriminação e estigmatização – em função da representação social da doença – e, assim, para se proteger, escolhem o segredo que os impede de confiar em alguém ou procurar cuidados para a sua saúde, aumentando seu sofrimento pessoal e sua vulnerabilidade para adoecer de AIDS. (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 263).

O artigo contextualiza a política implantada em Curitiba-PR, que estabeleceu a Atenção Básica como única porta de entrada para a atenção em HIV-Aids, em uma perspectiva de descentralização da atenção. Faz uma importante crítica ao mostrar que o fato da Aids passar a ser considerada uma doença crônica acabou também a banalizando, fazendo parecer que a Atenção Básica pode dar conta do acompanhamento clínico, negligenciando a compreensão de que a Aids não é apenas uma doença biológica, mas também social:

Ao ser encarada como tantas outras patologias de caráter evolutivo crônico, a ideia de que o acompanhamento clínico responderá satisfatoriamente a um problema de notória magnitude parece falaciosa, pois a AIDS é muito mais uma doença de âmbito social do que biológico. Daí a necessidade de considerar a complexidade deste fenômeno. (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 270).

As autoras discutem uma ambiguidade da política adotada, que a princípio deveria expandir a oferta diagnóstica para um maior número de pessoas. Por outro lado, há uma parcela da população

que parece negar a lógica de entrada no sistema pela Atenção Básica, para a qual a política de ampliação acaba, paradoxalmente, sendo uma política de restrição.

Verifica-se que o modelo de assistência não está dando condições para que a pessoa tenha uma sensação de proteção e continência com a instituição que lhe atende (...) Assim, o fato de a SMS estabelecer como estratégia a descentralização da assistência às Unidades Básicas de Saúde coloca um empecilho na vida daqueles que não querem ter a identidade de soropositivo conhecida pelas pessoas de seu convívio social. E para se proteger da rejeição, do preconceito e da discriminação, preferem não se expor, muitas vezes impedindo-os de confiar em alguém ou procurar cuidados para a sua saúde, aumentando a sua vulnerabilidade para adoecer de AIDS. (ALMEIDA; LABRONICI, 2007, p. 272).

Os achados desta pesquisa são de extrema relevância, tendo em vista que nosso campo de pesquisa passa por um processo semelhante ao que aconteceu em Curitiba, onde a assistência em HIV-Aids foi descentralizada para a Atenção Básica. Reforça a importância do estudo que estamos propondo, assim como fornece alguns dados de comparação com o contexto que aqui será pesquisado. A grande diferença em relação a nossa proposta é que este estudo abordou as pessoas que não acessam a Atenção Básica, enquanto o nosso estudo abordará justamente as pessoas que já acessaram a Estratégia Saúde da Família para ações relacionadas à prevenção e/ou acompanhamento em HIV-Aids, além dos profissionais da equipe de ESF que prestam atenção nesta área.

Paiva et al. (2002) investigaram os cuidados à saúde reprodutiva de homens com HIV que frequentam centros de referência. O estudo constata que a dimensão dos direitos reprodutivos é pouco abordada, denotando uma atitude de negação de tais direitos por parte dos profissionais de saúde. Os autores argumentam que o estigma é responsável pela discriminação, explicitada no fato de os profissionais de saúde não considerarem o direito da pessoa com HIV ter ou desejar ter um filho. Os resultados da pesquisa realizada por Guimarães e Merchán-Harmann (2005) focalizam o estigma relacionado às profissionais do sexo, o qual aumenta a vulnerabilidade para a infecção pelo HIV e evidencia as relações entre sexualidade e estigma. Carvalho, Galvão e Silva (2010) buscaram avaliar as mudanças ocorridas na vida de mulheres após o diagnóstico de HIV. Grande parte do impacto relaciona-se com o estigma da doença: a necessidade de ocultar o diagnóstico por medo de preconceito, a vergonha, as culpas auto atribuídas pela contaminação, etc. A sugestão do estudo é que os serviços de saúde promovam ambientes de apoio a estas mulheres, desenvolvendo estratégias a fim de ajudá-las no enfrentamento das consequências de viver com o vírus da Aids.

É importante apontar que, assim como este último estudo, vários dos estudos analisados finalizam com sugestões direcionadas aos profissionais de saúde. As sugestões giram em torno da necessidade de que a atenção e o cuidado levem em consideração os impactos sociais do HIV e suas repercussões subjetivas. Fica evidente que a atenção não deve ser pensada apenas como um “acompanhamento do vírus”, mas sim, da pessoa, em toda a sua complexidade.

Por último, cabe apontar ainda que os estudos consultados fazem referência direta ou indireta à definição de estigma originalmente proposta por Erving Goffman. Alguns artigos citam o autor nas referências. Outros estudos utilizam definições que constam em documentos internacionais, os quais, como foi apontado anteriormente, utilizam Goffman como referência. Apenas um dos artigos consultados propõe uma complementaridade entre Goffman e Foucault, através da articulação da noção de estigma do primeiro com a noção de monstruosidade do segundo.

Desde já, apontamos as especificidades de nossa proposta de investigação em relação às pesquisas analisadas:

- os estudos analisados focalizam o nível de atenção secundária (serviços especializados), sendo que nossa proposta é direcionar a análise ao campo de ações na Atenção Básica. Além disso, os serviços em si não costumam se constituir como objeto de análise, sendo considerados apenas fonte de participantes para as pesquisas ou palco onde determinadas ações são desdobradas.

- os poucos estudos que abordam a interface entre atenção em HIV-Aids e Atenção Básica utilizam outras abordagens para problematizar esse “encontro”: direitos humanos e vulnerabilidade, incorporação de tecnologias de cuidado e modelos de prevenção em saúde.

- apesar de Goffman constituir-se em autor de referência na área, poucos estudos propõem a sua articulação com Michel Foucault e/ou outros autores institucionalistas para subsidiar a compreensão dos processos de estigmatização.

- a noção de território só aparece em um artigo, mas não é conectada à ideia da atenção territorial segundo a lógica da Estratégia Saúde da Família - ESF.

- muitos estudos focalizam o estigma em uma relação de ausência/presença, aumento/diminuição, está presente/não está presente. Nossa intenção é pensar como ele se manifesta ou se transforma e quais seus efeitos sob a perspectiva da equipe de ESF e dos usuários por ela atendidos.

3.1.3. Estigma, Processos de Estigmatização e Processos de Exclusão: Aproximações entre Erving Goffman e Michel Foucault

Neste tópico, abordaremos as contribuições teóricas de dois autores que nos auxiliam a compreender o modo como os processos de estigmatização operam no contemporâneo. Esses autores são Erving Goffman e Michel Foucault. Eles têm em comum o fato de suas publicações serem anteriores à descoberta da Aids. Além disso, dada à relevância de suas obras, suas ideias foram apropriadas por outras áreas de conhecimento, como a Psicologia Social. São autores, portanto, difíceis de serem classificados dentro de uma única área de conhecimento. Isso se deve basicamente ao fato de que ambos propuseram rupturas com seus campos disciplinares de origem. Goffman inaugurou um modo peculiar de fazer sociologia: a microsociologia. Segundo Bourdieu (2004), Goffman fez com que a sociologia descobrisse o “infinitamente pequeno”, possibilitando um novo olhar para aquilo que era aparentemente óbvio e evidente. Foucault também inaugurou novos métodos de estudo, propondo o rompimento com hipóteses clássicas, como a hipótese repressiva da sexualidade e as concepções macro físicas de poder. A microfísica do poder proposta por Foucault (1979; 1988), por exemplo, possibilitou um novo olhar para a constituição da realidade social.

Ambos os autores fornecem ferramentas para que possamos perceber o cotidiano a partir de novas perspectivas. Watson (2004), ao analisar as contribuições da obra de Goffman, aponta o quanto os fenômenos banais da vida cotidiana resistem à tentativa de torná-los visíveis, lembrando da metáfora utilizada para representar um desafio colocado no âmbito da pesquisa: “fazer o peixinho do aquário se dar conta da água”. Ou seja, olhar para algo aparentemente óbvio e desnaturalizá-lo.

A obra intitulada “Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (GOFFMAN, 2008) é uma referência nos estudos sobre o estigma associado à Aids. Apesar de seu uso extensivo em diversos trabalhos, as contribuições de tal obra parecem não se esgotar. Chama a atenção o fato de sua primeira publicação ter ocorrido na década de 1960, muito antes da descoberta da Aids. Mas os exemplos citados, relacionados à doença mental, homossexualidade, deficiência visual, entre outros, poderiam ser substituídos pela Aids, mantendo muitos aspectos das descrições e caracterizações. Sendo tal obra considerada “antiga”, do ponto de vista cronológico, além de usada extensivamente nas pesquisas sobre estigma e Aids, como justificar sua utilização

em uma tese? Que novidade apresentar em relação a ela? Como permanecer considerando-a atual? Apoiados em Deleuze (1998), consideramos que o novo nem sempre está em um elemento, mas sim, no agenciamento que tal elemento efetua. Ou seja, no modo como o contexto desse elemento é modificado, fazendo-o ser percebido de outra forma. Ou ainda, através das novas conexões que o elemento realiza com outros elementos, formando novas configurações, produzindo novos sentidos. Dessa forma, a atualidade de um autor/obra não corresponde a uma cronologia, respectiva ao ano em que escreveu uma obra e à distância que estabelece em relação a nós, hoje. A atualidade do autor/obra se relaciona com a capacidade de estabelecer conexões e agenciamentos com as questões que levantamos hoje. Trata-se de pensar o que, naquele autor, continua a nos interrogar na atualidade. Nesta mesma linha de pensamento, Foucault (2003) afirma que “o novo não está no que é dito, mas no acontecimento de sua volta” (p. 26). É nesta perspectiva que buscaremos explorar um autor como Goffman, considerando-o atual a partir das articulações com um campo e questões específicas. Além disso, nossa proposta é articular as contribuições de Goffman às de Michel Foucault, pois ambos os autores auxiliam a pensar os processos de estigmatização e de exclusão, os quais se fazem presentes na história e na atualidade. Apesar de passados 30 anos da descoberta do HIV, a questão do estigma relacionado à Aids ainda persiste. Ela não se dissolve, senão se transforma, se desloca em outras questões.

Cabe, a seguir, delimitar as especificidades e os pontos de encontro destes dois autores, destacando as contribuições de cada um para o nosso campo de investigação.

Segundo Bourdieu (2004), através do método etnográfico, Goffman colocou-se em espaços de interações infinitesimais, fazendo com que a sociologia descobrisse o “infinitamente pequeno”. Tomaremos, em especial, sua obra denominada “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (GOFFMAN, 2008). Neste livro, o autor busca analisar a dinâmica do estigma nos chamados “encontros mistos”, ou seja, os encontros entre pessoa(s) que porta(m) um estigma com outra(s) pessoa(s) que não o portam.

Segundo Goffman (2008), estigma significa marca, impressão. O termo estigma fora criado pelos gregos, identificando uma marca corporal que designava algo extraordinário ou mau sobre o status moral de uma pessoa. Atualmente o estigma deixou de estar relacionado necessariamente a uma marca corporal, sendo relacionado aos valores atribuídos às características de uma pessoa, geralmente com caráter depreciativo.

Para pensar como o estigma opera no processo de manipulação e deterioração da identidade, Goffman (2008) conceitua “identidade social”, “identidade social virtual” e “identidade pessoal”. A primeira relaciona-se com os aspectos que nos permitem prever a categoria e o atributo ao qual um indivíduo pertence. É baseada em pré-concepções, transformadas em expectativas normativas. Em relação à Aids, podemos pensar na imagem socialmente difundida que veicula a Aids à homossexualidade, prostituição e promiscuidade. Ou ainda, a imagem da magreza excessiva. A identidade social virtual diz respeito às expectativas em relação à categoria/atributos da pessoa que está a nossa frente. Já a identidade pessoal diz respeito à maneira pela qual a pessoa manipula as informações concernentes à identidade social, podendo ou não se identificar com ela. Uma pessoa que descobre ter HIV pode sentir-se envergonhada e marginalizada por pensar que poderão associá-la a imagens consideradas pejorativas socialmente. Disso decorre uma série de comportamentos e sentimentos, incluindo respostas antecipatórias e defensivas, dificuldade de aceitação do diagnóstico e reações de retraimento. Esta vivência do estigma costuma ser designada como “autoestigmatização”.

Segundo Goffman (2008), existiriam diferentes tipos de estigmas: aqueles que envolvem características fisicamente visíveis e aqueles que envolvem um atributo não visível fisicamente, dependendo de uma revelação. Podemos pensar que o estigma relacionado à Aids pode revelar-se através das duas categorias. A primeira onde o estigma torna-se visível fisicamente, sendo o caso das PVHA que desenvolvem lipodistrofia, aspecto destacado por autores como Alencar, Nemes e Veloso (2008).

Pode-se pensar que a segunda categoria de dinâmica do estigma relacionado às pessoas com HIV/Aids diz respeito às pessoas que convivem com a infecção, sem necessariamente expressá-la corporalmente - o que constitui a maioria dos casos das PVHA. Nessas situações observa-se uma dinâmica que envolve a relação encobrimento/segredo/revelação. Dentro dessa dinâmica, várias técnicas são usadas para propiciar o controle da informação. É comum o relato de pessoas com Aids que trocam a embalagem das medicações, pois determinadas embalagens poderiam designar um signo da Aids. Também é comum pessoas que não se sentem à vontade para realizar o teste anti-HIV ou o tratamento para o HIV/Aids em serviços próximos ao seu local de residência, pois ser visto entrando em determinado serviço pode ser também um signo da Aids e dos valores moralmente atribuídos a ela. Segundo Goffman (2008, p. 106), “uma outra estratégia de encobrimento é apresentar os signos de seu estigma como signos de um outro atributo que seja um

estigma menos significativo”. Nesse sentido, uma pessoa com HIV pode justificar o uso do preservativo a(o) seu (sua) parceiro (a) alegando ter hepatite C, por exemplo, assim como uma mãe com HIV pode justificar o não aleitamento do seu bebê em função de uma infecção ou de algum remédio que está ingerindo e a impede de amamentar.

O elemento central nas PVHA é o fato de seu estigma não ser visível fisicamente, dependendo de uma revelação. Porém, diferentemente de alguns estigmas que geram comoção ou compaixão (como uma pessoa que fica cega ou nasce com problemas de locomoção), a Aids muitas vezes gera reações de culpabilização. Ou seja, parte-se do pressuposto de que é algo que poderia ser evitado, sendo que a infecção pode ser interpretada como culpa da pessoa, descuido, ou porque “ela quis” ou “fez por merecer”. Isso tem diferentes impactos sobre as PVHA. O estigma que gera compaixão é facilmente compartilhado, principalmente entre as pessoas mais próximas, das quais é esperado apoio. No caso da Aids, no entanto, as reações diante da revelação do diagnóstico podem ser inesperadas, pois a expectativa da PVHA oscila: por um lado, pode conhecer e confiar nas pessoas; por outro, sabe da identidade social da doença e do risco de ser por ela identificado. Nesse sentido, “as pessoas íntimas podem tornar-se aquelas em relação às quais ele mais se preocupa em esconder algo vergonhoso” (GOFFMAN, 2008, p. 64).

Goffman (2008) afirma, ainda, que o estigma leva a um processo de ‘deterioração da identidade’, através do qual o indivíduo passa a constituir uma nova imagem de si mesmo. O estigma, ao ser revelado, pode levar a pessoa a tornar-se desacreditada – no sentido de desqualificação. Por outro lado, a pessoa que detém um estigma, mas não o revela, seria uma pessoa desacreditável. Ou seja, pode se tornar desacreditada ao revelar o seu segredo. Tal possibilidade pode gerar intensa ansiedade antecipatória, produzindo sofrimento psíquico. Esse processo desencadeia um gerenciamento do estigma que envolve as técnicas de segredo/encobrimento/revelação, envolvendo também os profissionais de saúde.

A partir desses elementos trabalhados por Goffman e da relação que estabelecemos com o tema HIV/Aids, é possível compreendermos a complexidade que se coloca no momento em que as políticas públicas se voltam para a estruturação de serviços e ações nessa área. A dinâmica do estigma aponta, por um lado, para a necessidade de ações de desconstrução do mesmo. Por outro lado, considerando que o estigma ainda existe, coloca-se a necessidade de levá-lo em consideração no planejamento das ações e serviços, a fim de facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento, à construção de vínculo e confiança com as equipes de saúde, e assim por diante.

Em relação à obra de Goffman, é necessário destacar que o autor utiliza a noção de estigma e não de processos de estigmatização. Isso porque sua ênfase reside na concepção de estigma enquanto atributo com caráter depreciativo, com caráter relacional. Ou seja, na medida em que define-se algo a ser estigmatizado, define-se algo considerado como normal, como contraposição. Parker e Aggleton (2002, 2003) afirmam que algumas leituras realizadas a partir da obra de Goffman tendem a conceber o estigma como algo estático e não como uma característica culturalmente construída, em um processo social perpassado por mudanças e permanências. Também é comum a interpretação da estigmatização e da discriminação como processos individuais ou de um indivíduo em relação a outro, muitas vezes em uma perspectiva psicologizante. Monteiro, Villela e Knauth (2012) afirmam que a maioria das publicações brasileiras sobre o estigma possui uma tendência a analisá-lo como experiências individuais e não como processos sociais atrelados às relações de poder ou características de grupos sociais que conformam as interações. Nesse sentido, a noção de processo visa ressaltar o caráter histórico e contextual deste fenômeno, ligado a processos e modos de organização social. O estigma não é natural, não está dado, sendo uma construção com variações ao longo do tempo e em diferentes contextos. É a essa construção que a noção de processo visa a responder e caracterizar e é por esse motivo que adotamos o termo “processos de estigmatização” e não apenas “estigma” nesta tese.

É dentro desta perspectiva que autores como Parker e Aggleton (2003) já sugeriam a complementaridade entre as obras de Goffman e Foucault. Ao agregar ao estigma a noção de processo, autores como Michel Foucault adquirem relevância. Suas contribuições caminham em uma perspectiva diferente daquela apresentada por Goffman. Em suas obras, Foucault (1987, 2001, 2002) busca analisar o modo como as relações de saber e poder, configuradas em diferentes estratos históricos, forjam processos de divisão e separação social que resultam em processos de exclusão. Os processos de exclusão são constituídos por processos de demarcação e delimitação de determinadas figuras (o pobre, o louco, o doente, o leproso, o criminoso, o anormal, o monstro), sendo tais processos permeados por relações de saber, poder e subjetivação. Cada formação social define critérios para situar as pessoas dentro das relações sociais, delimitando lugares, funções, atributos, expectativas sociais. Apesar de utilizarmos a noção de exclusão, devemos apontar que, por vezes, ela é problemática, pois não existe um fora absoluto para o qual uma pessoa ou um grupo possa ser deslocado. Castel (2012) afirma que a exclusão não está “fora” da sociedade, senão que ela faz parte de seu modo de produção, constituindo não uma ausência de relação, mas um modo

particular de relação social. Nesse sentido, não nos referimos à exclusão como um modo de colocar uma pessoa ou um grupo para fora dos limites da sociedade, mas sim como um processo de separação que demarca restrições de acesso, circulação e manutenção de relações com locais e pessoas. Mas existem graus diferenciados de exclusão. Viver em uma prisão pode denotar um processo de exclusão, pois restringe-se não só as relações, mas o acesso a coisas, pessoas, espaços. Por outro lado, pode-se viver relações de exclusão a céu aberto, pela falta de acesso a recursos de saúde, moradia, dinheiro e meios de locomoção.

A perspectiva metodológica de Foucault diferencia-se daquela apresentada por Goffman. Se este é considerado como um autor do espaço, enfatizando as dinâmicas de interações estabelecidas em micro-contextos sociais, aquele pode ser compreendido como um autor do tempo, que busca analisar, historicamente, como se procedeu aos processos de separação, divisão e exclusão de determinadas categorias sociais. Ao invés da observação etnográfica, como utilizada por Goffman, Foucault parte da análise de documentos históricos - prontuários, registros de processos penais, registros de hospitais, prisões e outros estabelecimentos, laudos médico-legais indexados a processos jurídicos, livros de referência em determinados contextos, a partir dos quais busca compreender a gênese de determinado fenômeno. Apesar do caráter histórico, sob a perspectiva da genealogia, seus estudos têm sempre uma relação e partem de algo que é colocado no presente como problema. Os apresentadores da edição em português da obra “Segurança, Território, População” (FOUCAULT, 2008) afirmam que as aulas de Michel Foucault tinham uma função na atualidade.

A arte de Michel Foucault estava em diagonalizar a atualidade pela história. Ele podia falar de Nietzsche ou de Aristóteles, da perícia psiquiátrica do século XIX ou da pastoral cristã, mas o ouvinte sempre tirava do que ele dizia uma luz sobre o presente e sobre os acontecimentos contemporâneos (EWALD; FONTANA, 2008, p. XVI).

Nesse sentido, é uma história que parte de problemas colocados no presente. Ao fazer a arqueologia/genealogia da loucura, da anormalidade ou da sexualidade no ocidente, Foucault fornecia importantes materiais, os quais produziam um efeito de rebatimento sobre o presente – interrogando-o, fazendo-nos perguntar em que nos diferenciamos, mas também em que aspectos não nos modificamos. Esta é o que consideramos uma das maiores riquezas e contribuições da perspectiva de estudo lançada por Foucault.

Pensamos que seu trabalho é complementar ao de Goffman. Enquanto Goffman apresenta uma perspectiva que pode ser chamada de “geográfica” ou espacial (FREHSE, 2008), pois permanece em uma certa superfície dos acontecimentos e interações face a face, Foucault fornece uma perspectiva “histórica”, analisando os processos de transformação social ao longo do tempo. Partindo de uma perspectiva foucaultiana, perguntaríamos em que tipo de formação social e a partir de que mecanismos e engrenagens é possível produzir processos de estigmatização. Dessa forma, desnatura-se a relação entre estigma e doença. Apoiados nas problematizações realizadas por Foucault, pensamos que a estigmatização da Aids segue a esteira de outras relações historicamente estabelecidas entre doenças e estigmas. Isso não significa dizer que tal processo de estigmatização ocorre da mesma forma que ocorreu o processo de estigmatização da loucura, da lepra ou da sífilis. Mas sim, que vivemos em um contexto social permeado por uma “matriz” de produção de processos de diferenciação, demarcação e valoração.

As análises realizadas por Michel Foucault circunscrevem a emergência de uma série de “personagens” ao longo da história, os quais foram demarcados, categorizados e separados/excluídos. O livro “História da loucura na época clássica” (FOUCAULT, 2002) bem poderia ter sido chamado de “história dos processos de exclusão no ocidente”. Em primeiro lugar, por começar abordando a exclusão da lepra na Idade Média. Em seguida, traz o modo como os espaços vazios dos leprosários, no fim da Idade Média e no período do Renascimento, abrem caminho para a institucionalização de outras categorias sociais: o pobre, o miserável, as pessoas com ‘doenças venéreas’, a loucura em um sentido amplo – ainda sem a conotação médica. Por fim, a partir do século XIX, observa-se a emergência do saber psiquiátrico, a delimitação do doente mental e seu confinamento em estabelecimentos específicos – os asilos ou manicômios – a partir de então com uma conotação médica. O que chama a atenção, nesse processo, é que ocorrem mudanças nas categorias socialmente excluídas e nas justificativas para se proceder à exclusão. Porém, a exclusão é uma constante. Pensamos que é neste *continuum* de exclusão social que podemos situar nossa análise sobre a Aids. Parker e Aggleton (2003) lembram que a estigmatização e a discriminação devem ser compreendidas como processos ligados à reprodução de iniquidades e de exclusão. Segundo os autores, a abordagem foucaultiana permite pensar que o estigma ou a produção de diferença está a serviço do controle social, pois a demarcação visa e justifica determinadas formas de intervenção sobre o corpo, legitimando-as.

Por fim, consideramos que outra característica das obras de Goffman e Foucault é que elas permitem desindividualizar os processos de estigmatização, pois não buscam analisar as características psicológicas ou “subjetivas” (no sentido de interioridade) que fazem com que uma pessoa sofra mais ou menos em decorrência da Aids. Enquanto Goffman diferencia a identidade social da identidade individual, Foucault aborda os chamados processos de subjetivação. Em seus estudos, Michel Foucault busca compreender os processos de subjetivação a partir das práticas e jogos de verdade que fornecem condições de possibilidade para uma determinada forma de experiência. Prado Filho (2009) indica que a noção de experiência, na perspectiva foucaultiana, “não se refere à experiência subjetiva de um sujeito humano genérico ou mesmo, psicológico, mas diz respeito a uma experiência coletiva à qual estão sujeitos todos os indivíduos concretos em um tempo, em uma cultura” (p. 233). Diferentes períodos históricos remetem à constituição de distintas experiências éticas do sujeito, como a experiência da ética grega antiga, a experiência romana, a experiência ética cristã ou a experiência moderna, pós século XIX. A relação entre elas “não é de mera sucessão ou substituição de uma pela outra, mas existe um movimento de recobrimento, em que alguns elementos desaparecem, outros são transformados, outros, resgatados de matrizes diversas, rearranjados ou mesmo conservados” (PRADO FILHO, 2009, p. 243). Na experiência moderna, o dispositivo da sexualidade “inscreve a sexualidade nos corpos dos sujeitos, produzindo-os como sujeitos sexuais” (PRADO FILHO, 2009, 237), ou seja, sujeitos submetidos a determinadas normas em torno do campo da sexualidade.

Segundo Foucault (2011), a questão dos modos de subjetivação foi central em sua obra, seja nos estudos de como nos tornamos sujeitos através das relações de saber, através das relações de poder ou através das relações éticas.

O reconhecimento de uma “subjetividade privatizada”, segundo a qual existe uma sobrevalorização da ideia de interioridade e introspecção, constitui-se como uma experiência histórica e não como um fato natural (FIGUEIREDO, 2000). Também poderíamos nos referir a um modo-indivíduo, caracterizado pela individualização como um modo dominante de constituição dos objetos-sujeitos a partir dos séculos XVII e XVIII (BARROS, 2007). Ferreira Neto (2011) destaca as contribuições do pensamento foucaultiano para problematizar a produção de subjetividade sob a perspectiva do “modo individualizado”:

pensa-se o sujeito como uma substância primária que sofre predicções, atribuições de identidades, mas permanece igual a uma essência definitiva que é

seu substrato. (...) Diferentemente, Foucault pensa a subjetivação como contingencialmente construída a partir de práticas de conhecimento, práticas de poder e práticas de si, historicamente analisáveis e potencialmente transformáveis. (2011, p. 61).

Neste sentido, Foucault não reconhece o sujeito como instância de fundação, mas como efeito de uma constituição (CASTRO, 2009). Poderíamos tanto falar de processos de subjetivação quanto de processos de objetivação – ou seja, modos pelos quais nos tornamos objetivados frente a determinadas práticas. Dentro deste contexto, trata-se de pensar através de quais tramas discursivas emergem modos de subjetivação e de que modo o estigma se insere nos jogos de verdade que estabelecem as regras perante as quais nos reconhecemos no campo do verdadeiro/falso, possibilitando uma forma de experiência histórica na relação com a Aids. Se compreendermos que os processos de estigmatização constituem um determinado campo normativo, podemos interrogar que relações de rechaço ou aceitação das regras são possíveis de serem estabelecidas.

Ao apontarmos a existência de uma espécie de matriz de produção de processos de inclusão/exclusão social, torna-se importante pensar em que mecanismos tal processo se apoia. A noção de sexualidade como dispositivo e a noção de território fornecem alguns indícios importantes em relação a isso. Nossa compreensão é a de que a produção do estigma em relação à Aids apoia-se no dispositivo da sexualidade, encontrando aí formas de expressão. Também compreendemos que o território constitui-se como alvo de mecanismos de poder, através dos quais é possível operar a sua apropriação e transformação, constituindo “configurações territoriais”. Tomar o território como recurso analítico envolve compreendê-lo como uma expressão de seus modos de apropriação, sendo os processos de estigmatização uma das linhas que podem atravessar a constituição de territórios. Para Foucault, a prática discursiva não se resume ao que é dito verbalmente. Uma disposição arquitetônica constitui uma discursividade, assim como uma configuração territorial. Desenvolveremos essas relações nos tópicos seguintes.

3.2. O DISPOSITIVO DA SEXUALIDADE

Como já apontado anteriormente, os estigmas relacionados à Aids se apoiam sobre outros processos de estigmatização e marginalização a partir de marcadores como: orientação sexual, comércio sexual, consumo de drogas, desigualdades de gênero, raça/etnia, desigualdades

econômico-sociais (ONUSIDA, 2005). Entre esses marcadores, consideramos que aqueles relacionados à dimensão da sexualidade têm grande relevância para a compreensão dos processos de estigmatização da Aids. Primeiramente, em função de a via sexual ser a principal forma de transmissão do HIV¹³. Em seguida, pelo fato de existir, em torno do comportamento sexual, todo um processo de discriminação, hierarquização, valoração e construção de significados, os quais podem fornecer elementos para apoiar e reforçar determinados estigmas. A sexualidade é constituída por um conjunto de leis, normas – formais e informais – que regem a conduta humana, estabelecendo atos a serem punidos, rechaçados e outros a serem recompensados. Enquanto lógica de funcionamento, apoia-se em organizações, estabelecimentos e agentes para se (re)produzir.

Os primeiros estigmas forjados em torno da Aids evidenciam o modo como eles se apoiam sobre aspectos da sexualidade. A Aids foi introduzida no Brasil como “a peste gay” (MARQUES, 2003), o “câncer gay”, a “doença de homossexuais” (COSTA, 1994), evidenciando a sobreposição de dois aspectos estigmatizantes: ser gay e ter Aids. Segundo Sontag (2007), na fase inicial da epidemia a associação entre Aids e homossexualidade era tão grande que a revelação de um poderia equivaler, no imaginário social, à revelação do outro¹⁴.

Foucault (1979) compreende a sexualidade como um dispositivo, ou seja, a rede que se pode estabelecer entre

um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. (p. 244).

Trata-se, portanto, de uma máquina complexa e heterogênea, com agenciamento de diversas ordens, que regulam a conduta humana em sociedade.

O grande salto proposto por Foucault em relação à análise da sexualidade foi contestar a hipótese repressiva freudiana, segundo a qual a sexualidade teria sofrido um processo de repressão a partir dos séculos XVII e XVIII. Segundo Foucault (1988), a hipótese repressiva nos faz pensar que seu efeito seria o de desaparecimento daquilo que se busca reprimir. Porém, segundo o autor,

¹³ Segundo dados do Boletim Epidemiológico (BRASIL, 2013a), excluindo-se os casos ignorados (que correspondem a 19,5% dos registros relacionados ao público masculino e 9% em relação ao público feminino) 94,2% dos casos de infecção em homens foi pela via sexual. E, nas mulheres, 97%.

¹⁴ Apesar disso, a experiência assistencial demonstra que ainda há resquícios desse imaginário, como no caso de um jovem que, ao revelar para sua mãe sua orientação sexual, recebe como resposta: “eu cuidarei de você quando estiver doente!”, referindo-se à Aids.

observamos justamente o contrário em relação à sexualidade: ao invés de seu desaparecimento, observamos a sua proliferação discursiva, uma incitação constante a falar do sexo. Nunca se falou tanto ou se produziram tantos discursos em torno da questão da sexualidade quanto se fez a partir do século XVIII. Porém, tais discursos valorizaram a sexualidade no lugar de intimidade, privacidade, sigilo, segredo. A relação sexual foi circunscrita ao casal heterossexual, monogâmico, inserido no modelo de família nuclear. Traçou-se um aparato, um conjunto de regras formais e informais, visando distribuir e estabelecer condutas relacionadas à sexualidade. Esse conjunto de regras permitiu:

- a emergência de categorias, como a de homossexual/heterossexual e, posteriormente, bissexual, transgênero, transexual, intersexo;
- a sua hierarquização segundo uma perspectiva heteronormativa, na qual a heterossexualidade é tomada como padrão de conduta, veiculando expectativa e parâmetros normativos;
- a sua valoração - as sexualidades não heterossexuais podem ser consideradas desvio, doença, anormalidade.

Nesse sentido, tem-se uma complexa rede de saber e poder que distribui um sistema de regras visando à conduta das pessoas. Dentro dessa complexa rede, que procede a processos de separação, categorização e demarcação, são estabelecidos também processos de estigmatização em relação àquilo que é considerado desviante. Nesse sentido, pensamos que o processo de estigmatização, entendido como demarcação e valoração moral, faz parte do dispositivo da sexualidade.

Segundo Costa (1994), a noção de homossexualidade surgiu no século XIX, sendo uma categoria criada para descrever tudo aquilo que não correspondia ao heterossexual. Ou seja, o homossexual era aquele que não podia ser pai, nem marido. Sua emergência foi marcada pelo negativo e pela exclusão. Segundo Nardi (2013, p. 18):

o termo homossexualidade foi criado por Karl-Maria Kertbeny em 1869; o objetivo do autor era denunciar a injustiça da lei antissodomia prussiana. Entretanto, o conceito foi rapidamente apropriado pela sexologia para designar uma perversão sexual e uma personalidade anormal. Em 1886, Richard Von Krafft-Ebing usou os termos homossexual e heterossexual em seu livro *Psychopathia Sexualis*.

Foucault (1988) aponta que a homossexualidade torna-se alvo de análise médica no final do século XIX, momento a partir do qual vai se constituir em alvo de uma série de intervenções e controles. Existia certo “parentesco” da homossexualidade com a loucura, sendo aquela relacionada a uma ‘doença do instinto sexual’. Antes disso, ao longo dos séculos XVII e XVIII, o relacionamento entre dois homens era relacionado com a libertinagem e a delinquência. Durante muito tempo a homossexualidade foi considerada uma patologia, a qual deveria ser tratada e/ou punida. É bastante recente a exclusão da homossexualidade enquanto categoria patológica dos grandes manuais de diagnóstico psiquiátrico: em 1987 foi retirado do DSM III e em 1993 do CID 10¹⁵. Ou seja, no contexto de descoberta da Aids, a homossexualidade ainda era considerada patologia, um desvio, seja pela ciência, seja pelo senso comum. Sendo assim, o estigma da Aids apoiava-se, antes de tudo no estigma da homossexualidade.

Porém, não é apenas a orientação sexual que fornece elementos de hierarquização social e estigmatização, mas também a prostituição. Estudos realizados por Guimarães e Merchán-Harmann (2003) e por Martinez (2008) apontam que estigmas associados a profissionais do sexo e a determinadas identidades de gênero (principalmente transgêneros e transexuais) não só reforçam o estigma da Aids como também constituem relações de vulnerabilidade para a infecção pelo HIV.

Outro aspecto relativo a sexualidade diz respeito aos comportamentos sexuais, os quais são alvo da atribuição de valores e designações depreciativas, tais como “promíscuo(a)”. Portanto, não só a identidade, a orientação e o comércio sexual são passíveis de julgamento, mas também a quantidade de parceiros, a frequência das relações, o tipo de relação (vaginal, anal, oral). O julgamento com base nesses marcadores mencionados prolifera-se através de representações como a de “mulher sem vergonha” e “traidor responsável” (MEYER et al., 2004), que evidenciam a atribuição de valor a determinados comportamentos.

A associação entre a revelação do diagnóstico de Aids e a revelação da orientação sexual, ao longo epidemia, se diluiu entre outras associações. Difundiu-se um imaginário que passou a associar a revelação do diagnóstico de Aids à ideia de “ter feito algo errado” – ou do “modo errado”, ou com a “pessoa errada” e assim por diante. Isso nos leva a pensar que a presença do sentimento de vergonha em relação à revelação do diagnóstico de Aids traz consigo a marca do erro, do desvio.

¹⁵ As datas mencionadas referem-se ao ano de publicação dos manuais. Apesar disso, a decisão pela exclusão da homossexualidade como categoria diagnóstica ocorre, respectivamente, em 1973 e 1990.

A revelação do diagnóstico não consiste apenas na revelação de uma informação, mas de uma multiplicidade. O fato da transmissão do HIV ser evitável mediante a adoção de prática preventivas, também pode levar a culpabilização, sob o argumento de que “não se cuidou”, “não fez o que deveria”, “pegou porque quis”. Desse modo, além da marca do desvio, pode agregar-se, ainda, a marca da individualização e da culpabilização.

Consideramos, ainda, que o dispositivo da sexualidade auxilia a compreensão da posição de segredo que recobre o diagnóstico da PVHA. Uma das questões abordadas no processo de testagem, revelação do diagnóstico e tratamento diz respeito ao sigilo. Não que o sigilo não seja também um princípio em outros diagnósticos, mas no caso da Aids ele ganha centralidade, tornando-se uma preocupação, diferenciando o HIV de outros diagnósticos. Pensamos que isso também seja uma decorrência do acoplamento da Aids com aspectos relacionados à sexualidade. A sexualidade, como apontado por Foucault (1988), sofre um processo através do qual passa a ser circunscrita ao espaço da família nuclear, ao casal heterossexual e monogâmico, ficando restrita ao espaço do quarto do casal, valorizada no lugar de intimidade, sigilo, segredo. Não é um assunto sobre o qual não se deve falar; mas sim, um assunto que deve ser falado dentro de uma regularidade, a partir de determinadas posições nas relações de poder e saber. Entendemos que a questão do “segredo” da Aids se apoia sobre os segredos em relação à sexualidade. É por este motivo que a descoberta da Aids trouxe a público a discussão sobre o modo como as pessoas estabelecem relações afetivo-sexuais.

Pensamos que é importante discutir esse assunto, pois pensar a atenção em HIV-Aids na ESF nos coloca alguns desafios. Um deles é como garantir o sigilo e privacidade das informações numa abordagem territorial, onde os ACS vinculados às equipes de ESF são também vizinhos, parentes, amigos (ou inimigos) das pessoas atendidas pela unidade de saúde; no qual os prontuários não são individuais (como em um ambulatório, SAE, CTA ou hospital), mas sim, familiares. Outro desafio das equipes de ESF é romper com o discurso eminentemente voltado à atenção materno-infantil, no qual a mulher é subjetivada pelo “modo-mãe”, dessexualizada, em contraposição aos diversos modos de ser mulher em nossa sociedade.

Nessa perspectiva, o dispositivo da sexualidade tem um efeito de valorização do diagnóstico de Aids no lugar de segredo e intimidade. O risco é o de naturalizarmos a Aids no lugar de segredo, intimidade e não produzirmos ações que coletivizem o problema do estigma e discriminação. Nesse sentido, surge o desafio: como pensar ações que possam preservar os direitos do usuário do serviço

de saúde (sua garantia de privacidade, sigilo) sem necessariamente implicar em individualização e despolitização desta questão? Como coletivizar e politizar a discussão sobre a Aids?

Neste tópico fundamentamos a relação entre o estigma em relação à Aids e a sexualidade, Adicionaremos ainda a esta discussão a relação com a noção de território. Podemos adiantar o ponto de intersecção entre estigma, sexualidade e território: se a revelação do diagnóstico de Aids ou a procura pelo teste para HIV pode implicar no julgamento de que a pessoa fez algo errado, existe a possibilidade da pessoa buscar tornar o mais imperceptível possível a sua procura pelo teste ou tratamento. Mas como tornar essa procura imperceptível perante o outro quando o serviço de saúde fica próximo de sua casa, sendo também frequentado pela família, amigos, vizinhos?

É no contexto da proposta de descentralização que o acesso ao teste e ao tratamento para HIV em serviços próximos da residência do usuário se colocam como possíveis, partindo daí a entrada para a discussão sobre o território no tópico seguinte.

3.3. ATENÇÃO EM HIV-AIDS: DO MODELO CENTRALIZADO AO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO PARA A ATENÇÃO BÁSICA

A abordagem do processo de descentralização mostra-se fundamental para a compreensão da emergência da discussão sobre o território na atenção em HIV-Aids. Devemos considerar que a descentralização apresenta um correlato espacial, implicando em uma redistribuição dos pontos de atenção em HIV-Aids, que permite aos usuários do SUS o acesso a serviços mais próximos de sua residência. Situaremos esse processo do ponto de vista histórico e macropolítico – ou seja, em relação aos movimentos de constituição do SUS, das portarias e orientações do Ministério da Saúde.

Consideramos que a Atenção Básica¹⁶ constitui-se como um âmbito recente de inserção das ações de atenção em HIV-Aids. Ao mencionarmos a palavra “atenção” em HIV-Aids, designamos um sentido amplo ao termo, abarcando um conjunto de ações que envolvem a promoção, prevenção, tratamento e reabilitação. Historicamente, as ações de prevenção em HIV-Aids já eram previstas como atribuição da Atenção Básica. No entanto, as demais ações são de inserção recente

¹⁶ Na literatura internacional (STARFIELD, 2002) predomina a noção de atenção primária em saúde, sendo que na literatura brasileira encontramos referências tanto à “Atenção Primária” quanto a “Atenção Básica”. Convencionamos ao longo do trabalho utilizar a noção de “Atenção Básica”, tomando como referência a portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que regulamenta este nível de atenção do Sistema Único de Saúde (SUS).

e, em alguns casos, levantam interrogações quanto a sua adequação ou não a este âmbito de atenção. Nesse sentido, buscaremos fazer alguns apontamentos que nos possibilitem compreender como a Atenção Básica, tendo a ESF como uma de suas principais estratégias, se constitui em um âmbito importante para as ações relacionadas à atenção em HIV-Aids, assinalando algumas de suas peculiaridades.

A descoberta da Aids e as primeiras respostas assistenciais no Brasil surgem em um período pré-SUS. Segundo Marques (2003), as primeiras respostas institucionais à questão da Aids surgiram no estado de São Paulo, onde também foi registrado o primeiro caso de Aids no Brasil. Tais respostas surgiram a partir da pressão exercida pela imprensa, que noticiava os primeiros casos de Aids, assim como de movimentos sociais que exigiam uma resposta do Estado. Em 1985, a portaria 236 criou o Programa Nacional de Aids, vinculado à Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária. Foram estabelecidas linhas e normas de ação para o combate à epidemia no Brasil. Nesse período, a ênfase da atenção eram as PVHA que adoeciam e chegavam aos hospitais. Em 1988 foi criado o primeiro COAS (Centro de Apoio e Orientação Sorológica) do Brasil, em Porto Alegre. O objetivo desse serviço era propiciar acesso ao teste anti-HIV e o aconselhamento, entendido como uma prática de prevenção e redução do impacto diagnóstico. Esse serviço tinha como princípios a voluntariedade, o anonimato, a confidencialidade e o sigilo do diagnóstico (WOLFFENBUTTEL; CARNEIRO, 2007). É importante apontar que tais princípios estavam em consonância com a dimensão social da epidemia, perpassada pelo estigma, medo da morte, da doença, da discriminação. Para as pessoas que procuravam o serviço, era possível fazer o teste mesmo sem apresentar um documento de identificação. Havia a possibilidade de criação de uma “senha”, a partir da qual o usuário buscava seu resultado sem ser necessariamente identificado. A confidencialidade e sigilo do diagnóstico buscavam resguardar os usuários do preconceito e do estigma relacionado ao HIV. Após a década de 1990 esse serviço passou a ser inserido na rede SUS, sendo que em 1997 seu nome foi modificado para Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA). Em 2008 havia 383 CTA cadastrados no Brasil (BRASIL, 2008a). Além dos CTA, também existem os SAE (Serviços de Atenção Especializada), ambulatórios ou Clínicas de HIV-Aids, responsáveis pelo acompanhamento e tratamento das pessoas diagnosticadas com HIV. Na conformação do SUS podemos identificar que a Atenção Básica se tornou responsável por ações de prevenção em relação às DST/HIV-Aids, assim como o acompanhamento da saúde geral das PVHA; os CTA ou, em municípios menores, os Programas Municipais de DST-Aids, eram

responsáveis pelo diagnóstico e aconselhamento, assim como por ações de prevenção; os SAE/ambulatórios eram os responsáveis pelo acompanhamento e tratamento das PVHA. Os hospitais eram responsáveis pelos momentos em que o usuário estivesse em risco ou muito debilitado, em decorrência, por exemplo, da manifestação de doenças oportunistas. Essa foi a relação historicamente estabelecida entre níveis assistenciais, serviços e responsabilidades de atuação, constituindo um modelo que atualmente é caracterizado como “centralizador”, por atribuir aos serviços especializados a ênfase sobre as ações de prevenção, diagnóstico e tratamento para HIV-Aids. Apesar de algumas atribuições à Atenção Básica, tornou-se comum a resolução dos problemas das PVHA pelos serviços especializados – mesmo no caso de demandas que não tenham relação com o HIV-Aids. Uma das justificativas era o mau funcionamento das unidades de saúde (pouco acesso, necessidade de “madrugar” para conseguir “ficha” de atendimento) em comparação com os serviços especializados, os quais também passaram a compreender que o princípio de integralidade da atenção justificaria a absorção de várias demandas dos usuários. Características do financiamento da política de Aids também justificaram certa diferenciação em relação a outras políticas e serviços, fazendo-a muitas vezes ser vista com distinção dentro do SUS, sob a designação de “prima rica” do SUS. Em seminário promovido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA), em 2010, um dos pontos de discussão girou em torno da necessidade de maior articulação da política de Aids em relação à política e estruturação do SUS (ABIA, 2010).

Que elementos podemos agrupar, então, para caracterizar a transição para um modelo de atenção que aponta para um arranjo descentralizado?

No final da década de 1990, levantamentos realizados pelo Ministério da Saúde demonstraram que o diagnóstico de HIV no Brasil ocorria tardiamente – ou seja, quando o sistema imunológico já se apresentava debilitado. Além disso, observou-se também algumas mudanças no perfil e nas tendências da epidemia, que passaram a demandar a construção de novas estratégias de atenção. “As mudanças no perfil da epidemia de AIDS demandaram atenção para novos grupos populacionais e a criação de novas estratégias de ampliação do acesso ao diagnóstico, como sua implantação na rede básica de saúde” (BRASIL, 2008a, p. 7). A mudança no perfil da epidemia da AIDS é caracterizada pela tendência de feminilização, heterossexualização, pauperização, interiorização e juvenização. A feminilização é caracterizada pela diminuição da diferença entre o número de homens e mulheres infectados. Na década de 1980 existia uma proporção de 15 homens

/ 1 mulher com Aids. Nos anos 2000 esse índice passou para 1,5 homem para cada 1 mulher. Esse dado aponta ainda o aumento na incidência da transmissão heterossexual do HIV. A pauperização é caracterizada pelo aumento da incidência da Aids em populações de baixa renda, em comparação com populações de rendas média e alta, nas quais a epidemia predominava na década de 1980. Já a interiorização é caracterizada pelo aumento no número de registros de Aids em cidades situadas no interior dos estados. Por último, a juvenização diz respeito ao aumento da incidência e prevalência da Aids na população de crianças e adolescentes (BRASIL, 2006a). Por outro lado, a partir da disponibilização dos antirretrovirais-ARV na rede pública, observa-se uma redução das taxas de mortalidade e letalidade relacionadas à Aids, que passa a ser progressivamente considerada uma doença de curso crônico. Isso significa que as PVHA entram no sistema de saúde e permanecem fazendo uso dele por tempo prolongado, exigindo capacidade de absorção dos serviços.

Evidencia-se, nesta trajetória, a complexificação da epidemia de Aids, assim como sua estratificação em diversos segmentos populacionais. Poderíamos afirmar que a transmissão se capilariza, exigindo novas estratégias para o acesso à prevenção, diagnóstico, aconselhamento e acompanhamento das PVHA. Ainda na década de 1990, o Ministério da Saúde propôs como diretriz a ampliação do acesso ao diagnóstico.

Em 2003 tiveram início as campanhas denominadas “Fique Sabendo!”, que buscavam dar acesso à ação de testagem e aconselhamento em grandes eventos, como o carnaval, as paradas gays, etc. Apesar de ser uma das estratégias de ampliação do diagnóstico, esta iniciativa também recebe críticas, pois estaria evidenciando a incapacidade do SUS de inserir essa ação de forma constante e qualificada dentro dos serviços de saúde. Em consonância com a política do SUS, a Atenção Básica também passou a ser vista como lugar estratégico para ações de prevenção e diagnóstico do HIV. Passou a ocorrer uma ênfase na solicitação do teste anti-HIV, o qual é incorporado na rotina de exames relacionados ao pré-natal, sendo indicada sua realização no primeiro e terceiro trimestre gestacional (BRASIL, 2008a).

De modo paralelo à expansão dos SAE, CTA e programas municipais de DST-Aids, observamos uma intensa expansão da Atenção Básica, através da ESF, a partir da década de 1990.

A ESF é uma das principais estratégias do Ministério da Saúde para reorganizar o sistema de saúde brasileiro. Surge em âmbito nacional em 1994, sendo denominada na época de Programa Saúde da Família (PSF). Segundo Andrade, Barreto e Bezerra (2009) o PSF surge como uma

estratégia de efetivação do SUS, buscando criar condições para operacionalizar seus princípios e diretrizes. Emerge como uma resposta aos problemas que o SUS tentava responder, como a necessidade de ampliação do acesso, necessidade de consolidar a descentralização, busca de integralidade da atenção, superação do modelo tecnicista, hospitalocêntrico e medicalocêntrico – características do chamado “modelo hegemônico”. A ESF constitui-se como uma proposta de substituição de um modelo assistencial pouco eficiente, cronificador e de alcance limitado, caracterizado pela centralidade hospitalar e pela presença de Unidades Básicas/Unidades Sanitárias que atuavam mais como pronto-atendimentos do que como unidades de atenção primária. Ou seja, atuavam com pouco planejamento de ações e com pouca oferta de ações preventivas.

Em 2006, com a portaria nº 648, o Programa Saúde da Família passa a se chamar Estratégia Saúde da Família, mantendo as características do PSF. Atualmente, a Atenção Básica é regulamentada pela portaria número 2.488, de 21 de outubro de 2011 (BRASIL, 2011), que revogou a portaria nº 648/2006.

Conforme os dados do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde, em janeiro de 2013 era estimado que 54,55% da população brasileira estivesse coberta por equipes de ESF. Em 2000 essa proporção era de apenas 9,2%, o que nos dá a dimensão da expansão da ESF ao longo de 13 anos. Em 2000, o RS apresentava 3,02% de população estimada coberta por ESF, expandindo para 39,95% em 2013. Já o município de Porto Alegre apresentava 7,61% de população estimada coberta com equipes de ESF em 2000, expandindo a cobertura para apenas 31,49% em 2013. Apesar da expansão da cobertura ter ocorrido nos três níveis (Brasil, Rio Grande do Sul e Porto Alegre), observa-se que as médias de cobertura de Porto Alegre estão abaixo da média do estado do RS e do Brasil, conforme pode ser constatado nas tabelas¹⁷ abaixo.

BRASIL	Jan/2000	Jan/2006	Jan/2013
Municípios com ESF	1.753	5.005	5.280
Número de equipes implantadas	4.428	24.872	33.100
Estimativa de população coberta	15.077.600	79.559.100	104.952.152
Proporção de cobertura população estimada	9,2%	44,88%	54,55%

RIO GRANDE DO SUL	Jan/2000	Jan/2006	Jan/2013
Municípios com ESF	36	385	427

¹⁷ Estas tabelas foram elaboradas com base nos dados fornecidos pelo sistema de informação do Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (MS), no site: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php . A consulta foi realizada no dia 24/10/2013.

Número de equipes implantadas	89	948	1.347
Estimativa de população coberta	300.860	3.012.561	4.287.723
Proporção de cobertura população estimada	3,02%	28,63%	39,95%

PORTO ALEGRE-RS	Jan/2000	Jan/2006	Jan/2013
Número de equipes implantadas	29	82	129
Estimativa de população coberta	100.050	282.900	445.050
Proporção de cobertura população estimada	7,61%	20,29%	31,49%

Esses dados apontam que o município de Porto Alegre possui uma baixa cobertura de ESF, o que indica uma relação de maior vulnerabilidade institucional/programática de sua população. Ou seja, neste município, existe uma menor possibilidade de acesso a ações e serviços de saúde próximos ao local de residência, o que pode tornar a população mais vulneráveis a uma série de doenças, inclusive a infecção pelo HIV.

A partir da análise de documentos do Ministério da Saúde, Franco e Merhy (2004) apontam alguns princípios sob os quais as Unidades de Saúde da Família devem atuar: caráter substitutivo, integralidade e hierarquização, territorialização e adscrição da clientela, equipe multiprofissional. O “caráter substitutivo” indica a intenção de substituir as práticas convencionais de assistência por um novo arranjo do processo de trabalho, orientado pela vigilância em saúde. A integralidade e a hierarquização remetem à inserção da ESF dentro do sistema de saúde, no nível primário de atenção, o qual deve estar relacionado com os demais níveis pelo princípio de referência e contra-referência. A territorialização e adscrição da clientela implicam na delimitação da unidade de ESF como referência para um território geográfico e uma população específica, pela qual a equipe de ESF torna-se responsável. O recomendado é que cada equipe atenda, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000 pessoas, dependendo do grau de vulnerabilidade das famílias (BRASIL, 2011). A proximidade da unidade em relação ao território habitado pelos usuários visa facilitar o acesso e propiciar que a equipe esteja inserida no contexto dos usuários. À noção de adscrição de clientela soma-se a ideia de vínculo, pela qual entende-se “a constituição de referências do usuário com os profissionais que deverão responsabilizar-se do cuidado de sua clientela” (FRANCO; MERHY, 2004, p. 57). Já a equipe multiprofissional deve ser composta, minimamente, por um médico, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem, quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Enquanto referencial metodológico, a equipe de saúde da

família deve guiar o planejamento de suas ações utilizando-se dos conhecimentos do campo da epidemiologia e da vigilância em saúde. Deve, ainda, enfatizar ações de prevenção e diagnóstico precoce, redirecionando o sistema de saúde tradicionalmente centrado nas ações curativas.

Em 2006, visando à consolidação do SUS, o Ministério da Saúde aprovou a portaria 399 que consolidou o Pacto da Saúde. Esta portaria estabeleceu a Atenção Básica como uma das prioridades de ação na área da saúde, colocando como objetivo “consolidar e qualificar a estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica à saúde e como centro ordenador das redes de atenção à saúde do SUS” (BRASIL, 2006b, p. 2). Isso nos dá a dimensão da importância da Estratégia Saúde da Família no atual contexto das políticas de saúde no país, a ponto de ser considerada ordenadora do sistema de saúde.

O papel atribuído à ESF no atual panorama das políticas de saúde – a função de porta de entrada e ordenação da rede – supõe uma apropriação de uma enorme gama de problemas em saúde, incluindo as questões relacionadas ao HIV-Aids.

Em meados dos anos 2000 observamos a publicação pelo Ministério da Saúde de três manuais sobre a assistência em HIV-Aids e outras DST na Atenção Básica (BRASIL, 2003, 2005, 2006a). Em Brasil (2003, 2005) a ênfase recai sobre a atividade de aconselhamento, definida como “um diálogo baseado em uma relação de confiança que visa proporcionar à pessoa condições para que avalie seus próprios riscos, tome decisões e encontre maneiras realistas de enfrentar seus problemas relacionados às DST/HIV/Aids” (BRASIL, 2003, p. 9). É necessário apontar que o aconselhamento é visto como responsabilidade das unidades de saúde, apesar de estar desvinculado da realização do teste propriamente dito, geralmente remetido a laboratórios externos à unidade de saúde. Observamos a proposição de ações de prevenção às DST/HIV/Aids dentro das unidades de saúde, como o acolhimento, educação em saúde em sala de espera, diagnóstico e aconselhamento, disponibilização de insumos de prevenção, comunicação dos parceiros sexuais. Além disso, ações envolvendo a comunidade: mapeamento de grupos mais vulneráveis, encaminhamento para unidade de saúde ou outros serviços de referência, acesso à informação, etc (BRASIL, 2005, 2006a).

Os três manuais citados enfatizam a ação de prevenção e aconselhamento, não mencionando a testagem anti-HIV ou o acompanhamento de PVHA como papel da Atenção Básica. Um dos aspectos que possibilita a mudança dessa realidade é a introdução de novos métodos diagnósticos, através dos testes-rápidos. Não só pelo tempo reduzido necessário para sua realização, mas pelo

fato de não exigirem a estrutura laboratorial e a presença de um farmacêutico ou bioquímico, como no caso das metodologias tradicionais de testagem. Assim, torna-se possível a realização do teste na própria unidade de saúde, mediante capacitação dos profissionais. A portaria 151/2009 dispunha sobre a utilização do teste-rápido, porém ainda restringindo-os a situações ou condições especiais (BRASIL, 2009). Porém, em 2012 é publicada uma nova portaria - portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012 – que dispõe sobre a oferta dos testes rápidos para detecção de HIV e sífilis como uma atribuição da Atenção Básica, no âmbito da atenção pré-natal, podendo ser estendida para a população em geral. Em âmbito nacional, esta portaria é um marco na expansão da realização do teste para HIV e outras DST na Atenção Básica. Em 2013, foi lançado o “Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em teste rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes” (BRASIL, 2013b). Este guia lança uma série de diretrizes e orientações a respeito das capacitações para multiplicadores e executores¹⁸ do teste-rápido, enfatizando a necessidade de realização do aconselhamento pré e pós teste junto à realização do teste.

Além do guia mencionado, no final de março de 2014 o Ministério da Saúde publicou outro guia, denominado “5 passos para a implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica – Guia para gestores” (BRASIL, 2014). Neste guia é mencionado a transição de um modelo centrado nos serviços especializados para os chamados “modelos matriciados”, nos quais diferentes pontos de atenção participam da linha de cuidado ao HIV-Aids. Argumenta-se que o avanço no cuidado às PVHA, a simplificação do tratamento antirretroviral, a passagem de condição aguda para a condição crônica e algumas deficiências apresentadas pelo modelo centrado nos serviços especializados justificaram as propostas de descentralização da atenção em HIV-Aids, incorporando novos pontos de atenção. Como um modelo geral, sugere-se que os assintomáticos estáveis tenham a Atenção Básica como local de atendimento, sugerindo-se os SAE, por outro lado, para os sintomáticos, coinfectados (como HIV-tuberculose, HIV-hepatite), gestantes e crianças. Salienta-se este como um modelo geral, sendo necessárias adaptações às realidades locais. Em relação as PVHA já acompanhadas em SAE, indica-se a oferta da possibilidade do acompanhamento em um serviço próximo de sua residência, dentro de uma proposta de cuidado compartilhado (Atenção Básica-SAE), sendo “importante que a vontade do paciente seja levada

¹⁸ Multiplicadores são os profissionais que realizarão capacitações para formar executores; executores de teste-rápido são os profissionais dos serviços de saúde que poderão executar o teste-rápido nas unidades de saúde. (BRASIL, 2013b).

em consideração, de modo que, para aqueles que não quiserem aderir à proposta de cuidado compartilhado, seu seguimento seja mantido normalmente no serviço especializado” (BRASIL, 2014, p. 3). Essa orientação referente a possibilidade de “escolha” pela mudança ou permanência no serviço é conferida aos usuários que já realizam o acompanhamento em serviços especializados e não para os que estão iniciando o acompanhamento. A questão do resguardo do sigilo é pontuado em vários momentos do guia, como na realização de exames e na dispensação de medicações, caso estas passem a ocorrer na própria unidade de Atenção Básica.

Os dois últimos guias mencionados explicitam a intenção de redirecionamento do modelo assistencial em HIV-Aids. O fato desses redirecionamentos serem recentes – após 2012 – também justificam a existência de pouca produção científica abordando os seus impactos. Apesar disso, encontramos um relato de experiência e um estudo que abordam a relação entre HIV-Aids e Atenção Básica, de modo mais amplo. No âmbito das experiências estaduais, encontramos o relato de Paula e Santos (2013) sobre o desencadeamento, pelo Programa Estadual de DST-Aids de São Paulo, de um processo de descentralização, focado na prevenção e no diagnóstico de HIV e outras DST, para a Atenção Básica dos municípios a partir do ano de 2003, contando inicialmente com a adesão de 30 municípios. Em 2010 já haviam chegado à adesão de 358 municípios, representando 55% do total de municípios do estado. Neste processo, a proposta não era inserir novas ações, mas sim aproveitar as ações que já eram realizadas na unidade de ESF para potencializar as ações de prevenção. As autoras afirmam que o “pensar a Aids” ainda não está incorporado nesses serviços, existindo várias “oportunidades perdidas” de realização de ações de prevenção, principalmente relacionadas à realização do Papanicolau e do exame de gravidez: “A associação entre suspeita de gravidez e sexo desprotegido, que deveria ser feita, passa, muitas vezes, despercebida ou se dá de forma minimizada” (PAULA; SANTOS, 2013, p. 223).

Ferraz e Nemes (2012) também apontam as potencialidades da integração entre ações em HIV-Aids e Atenção Básica. Apesar disso, salientam que esta não é uma tarefa inquestionável e facilmente exequível. Com base na literatura consultada, apontam a evidência de alguns importantes obstáculos à efetivação dessa integração, tal como as diferenças das respostas emitidas às ações de saúde da mulher em relação às respostas necessárias à prevenção às DST-Aids. Também é apontado a restrição ao componente dialógico das ações de prevenção, que acaba sendo restrito ao repasse de informações dos profissionais para os usuários durante o aconselhamento e também durante as ações de prevenção. Na análise realizada, a partir da observação do cotidiano

de uma unidade de saúde e de entrevistas realizadas com a equipe, as autoras compreendem que o saber biomédico predomina nas ações, estando o componente técnico da prevenção dissociado do componente político e interpessoal, produzindo uma escuta restrita as demandas da comunidade, assim como uma apropriação frágil dos princípios éticos da Atenção Primária a Saúde e da resposta brasileira à Aids.

A ampliação da atuação das unidades básicas de saúde também levantam interrogações em relação a outros pontos da rede de assistência, como os CTA, que passaram a ter seu papel relativizado, perdendo, em parte, sua importância dentro do contexto amplo da saúde (BRASIL, 2008a). Acreditamos, no entanto, que não se trata necessariamente de uma perda de importância, mas sim, da interrogação quanto ao seu papel no novo contexto do sistema de saúde. Como abordaremos ao longo do trabalho, defendemos não a substituição de um dispositivo por outro, mas a conjugação de ambos, compreendidos como múltiplos territórios de atenção em HIV-Aids.

Em reportagem divulgada recentemente, o Secretário Municipal Adjunto da Saúde de São Paulo, Paulo de Tarso Puccini (BONANNO, 2014), afirmou que as unidades de Atenção Básica do município ainda não estariam preparadas para realizar o atendimento de PVHA. Segundo informa, compreende que há problemas estruturais na Atenção Básica, a qual se constitui muitas vezes de modo “desorganizada, desestruturada e capenga”. Nesse sentido, a intenção seria no direcionamento de esforços em duas frentes: uma visando a qualificação da Atenção Básica, para ter condições de incorporar novas ações, relacionadas ao atendimento de PVHA; a outra frente visando o fortalecimento dos centros especializados. Segundo informa:

Isso não significa uma substituição ao que temos. Significa a ampliação das possibilidades de trabalho dessas unidades mais especializadas que passam a fazer um papel multiplicador nas UBS. O nosso caminho é esse. Não é o da substituição e sim da incorporação da Atenção Básica no esforço já realizado pelas unidades especializadas. (BONANNO, 2014)

Por fim, destacamos alguns aspectos contidos na publicação “Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids” (ABIA, 2011), que corresponde aos anais de evento do mesmo título promovido pela Associação Brasileira Interdisciplinar de Aids (ABIA) em 2010. A partir das discussões realizadas, algumas indicações foram sugeridas:

- necessidade de diferenciação do modo como ocorre a descentralização, tendo em vista as especificidades municipais, principalmente a diferença entre municípios de grande porte

(principalmente capitais e regiões metropolitanas) e municípios de pequeno porte (que são a grande maioria no Brasil).

- necessidade de participação social no processo de descentralização – ponto este bastante enfatizado em vários debates, devendo-se considerar tanto a lógica da tecnoburocracia quanto a lógica da participação social;

- necessidade de qualificação do processo de descentralização, através de processos de capacitação e educação permanente;

O que estas últimas publicações e debates evidenciam é que existe um movimento progressivo de descentralização das ações de atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica, o qual apresenta muitas potencialidades. No entanto, também apresenta dificuldades e riscos, como a diluição dos princípios de sigilo e confidencialidade, a expansão das abordagens biomédicas no campo das DST-Aids, os quais devem ser identificados e problematizados.

Apesar disso, nenhum dos estudos mencionados identificou ou focalizou o tensionamento em relação à dimensão territorial prevista no processo de trabalho da ESF. Neste sentido, o tópico seguinte visa subsidiar esta problematização, explorando a noção de território embutida na ESF, assim como as múltiplas significações que podem ser atribuídas a esse conceito. Pretendemos destacar não apenas a dimensão do território como topografia ou cenário sobre o qual determinados eventos ocorrem – sentido esse que parece predominar nas intenções dos processos de descentralização. O espaço pode constituir-se como ferramenta dos processos de trabalho, operando os mecanismos de poder na relação entre equipe de saúde e população. Nesse sentido, o território não está dado nem é natural, mas sim, construído por práticas assistenciais. Por outro lado, o modo como o território é conformado também é produto de práticas sociais mais amplas que expressa determinados modos de vida da população. A compreensão do território como construção permite colocá-lo em análise, buscando-se problematizar as discursividades que o constituem, conforme buscaremos explorar a seguir.

3.3.1. O Território como Operador da Atenção na ESF, as Relações de Poder e os Processos de Inclusão/Exclusão.

A noção de território emerge como importante operador da atenção na Estratégia Saúde da Família - ESF. Em relação a essa noção, gostaríamos de fazer as seguintes considerações:

1) Demonstrar o pressuposto da noção de território embutido na ESF, qual seja, o de que a delimitação territorial possibilita a responsabilização da equipe sobre a população atendida, assim como a proximidade territorial facilita o acesso e o vínculo da população com o serviço.

2) Interrogar o quanto esse pressuposto pode ser aplicado no planejamento da atenção em HIV-Aids.

3) Problematizar o território, evidenciando seus paradoxos e o quanto o mesmo pode servir de dispositivo de processos de inclusão e também de exclusão e segregação/exclusão.

A noção de território está embutida na política nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011), especialmente nos tópicos que abordam as especificidades da Estratégia Saúde da Família-ESF. Preconiza-se que a ESF deve realizar uma definição precisa do seu território de atuação, fazendo um mapeamento e reconhecimento da área adscrita, cadastrando as famílias e indivíduos e atuando de forma a levar em consideração as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Esse processo costuma ser denominado de “processo de territorialização”, e é considerado uma atribuição de todos os profissionais da equipe. Através dele, busca-se identificar áreas ou populações mais vulneráveis, propiciando ainda o planejamento e programação de ações. De forma explícita, a ESF propõe-se a não atuar como um mero pronto atendimento, ao qual a população recorre apenas nos casos de urgência/emergência, quando as doenças já estão instaladas. Nos princípios gerais da Atenção Básica, há também a indicação de que se deve levar em consideração a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. Apesar de não haver uma definição conceitual de território, depreende-se que o mesmo envolve uma dimensão físico-espacial (o qual deve ser circunscrito, esquadrinhado, delimitado, mapeado) e uma dimensão dinâmica, que deve considerar os movimentos da população que habita este território e os seus recursos comunitários.

A delimitação territorial é considerada um fator que auxilia na responsabilização da equipe em relação aos problemas de saúde daquela população, oferecendo a ela uma referência clara. Além disso, segundo os fundamentos e diretrizes da Atenção Básica, o território adscrito permite o planejamento, programação descentralizada e desenvolvimento de ações setoriais e intersetoriais (BRASIL, 2011).

Há um pressuposto embutido nesta política de que a proximidade com o território facilita o acesso da população ao serviço, assim como possibilita à equipe uma ação mais contextualizada. No entanto, autores como Ferreira Neto (2011) inserem uma via de problematização acerca da

noção de território embutida em muitas políticas públicas. Segundo o autor, “quando as políticas sociais territoriais são implementadas pelo poder público, um aparato regulamentador e de controle passa a decidir sobre sua configuração, na medida em que as demarcações territoriais obedecem também a critérios administrativos, desconsiderando muitas vezes aspectos socioculturais locais” (2011, p. 65).

Em relação à atenção em HIV-Aids, pensamos que o território pode assumir um significado paradoxal. Devemos lembrar o que diz Goffman (2008, p. 64) sobre o estigma: “as pessoas íntimas podem tornar-se aquelas em relação às quais ele mais se preocupa em esconder algo vergonhoso”. Ou seja, é justamente das pessoas mais próximas que podem também surgir julgamentos, olhares e ações culpabilizantes e discriminatórias, ou o receio de que isso ocorra. É neste ponto que consideramos residir um dos principais tensionamentos na relação entre território e processos de estigmatização da Aids. O estigma tensiona a constituição do território, produzindo uma dimensão paradoxal, no qual a proximidade pode tanto auxiliar quanto dificultar. Existe um componente na Aids que a diferencia de outras doenças como o diabetes, a hipertensão, o câncer, recobrando-a de um “caráter sigiloso” e temido. Nesse sentido, nem sempre o serviço designado como referência pelas políticas públicas será necessariamente considerado pelo usuário o mais propício a sua necessidade, que nem sempre será apenas a necessidade de realizar um teste ou um tratamento, mas de fazer isso sem que ninguém perceba.

A partir do exposto, pensamos que se torna necessário desnaturalizar a noção de território enquanto simples espaço físico, topológico, sobre o qual se assentam determinados serviços e por onde ocorre o percurso de pessoas – ou seja, a compreensão de território como palco. Deste modo, evidenciar o território como uma construção através das práticas sociais.

Haesbaert (2009) aponta a polissemia que cerca a noção de território e sua apropriação por uma série de campos disciplinares ao longo da segunda metade do século XX.

Apesar de ser um conceito central para a geografia, território e territorialidade, por dizerem respeito à espacialidade humana, têm certa tradição também em outras áreas, cada uma com um enfoque centrado em uma determinada perspectiva. Enquanto o geógrafo tende a enfatizar a materialidade do território, em suas múltiplas dimensões (que deveria incluir a interação sociedade-natureza), a ciência política enfatiza sua construção a partir de relações de poder (na maioria das vezes, ligada à concepção de Estado); a economia, que prefere a noção de espaço à de território, percebe-o muitas vezes como um fator locacional ou como uma das bases da produção (enquanto ‘força produtiva’); a antropologia destaca sua dimensão simbólica, principalmente no estudo das sociedades ditas tradicionais; a sociologia o enfoca a partir de sua intervenção nas relações sociais,

em sentido amplo; e a psicologia, finalmente, incorpora-o no debate sobre a construção da subjetividade ou da identidade pessoal, ampliando-o até a escala do indivíduo. (HAESBAERT, 2009, p. 37).

Entre os campos disciplinares considerados pelo autor – seja na citação acima ou em outros pontos de sua obra - pensamos que faltou a referência ao campo da saúde – saúde pública, saúde coletiva e epidemiologia - as quais também se apropriam da noção de território como um operador das práticas em saúde. Nesse sentido, caberá à nossa pesquisa considerar esse aspecto.

Haesbaert (2009) aponta algumas das múltiplas concepções de território. Há concepções que ligam o território à ideia de demarcação de fronteiras estatais, delimitando um território político. Há noções que o relacionam a uma dimensão simbólica, espaço de referência para a construção de identidades. Há também concepções que apontam o território como o produto da apropriação de um dado segmento do espaço, por um dado grupo social, nele estabelecendo relações de poder.

Compreendemos que esta última noção de território pode trazer importantes contribuições para o nosso campo de análise, principalmente por deslocar a compreensão que reduz o território a um espaço físico delimitado ou “território-zona”.

No campo de estudos da Aids em relação ao território, encontramos a referência a Antunes e Paiva (2013), que discutem a territorialização das culturas sexuais homoeróticas em São Paulo. Segundo as autoras, as pessoas desenvolvem performances e assumem papéis conforme as redes sociais articuladas e os territórios habitados:

Frequentar diferentes locais poderia, então, ser um fator fundamental para coproduzir papéis sociais, gerar códigos de conduta, regras sociais e identidades, papéis assumidos nessa rede relacional que estariam congruentes com a sua ocupação territorial. Nessa perspectiva, a identidade teria menos importância que os códigos relacionais ou papéis assumidos nesses territórios” (ANTUNES; PAIVA, p. 1129).

O estudo das autoras acima mencionadas foi realizado em dois bairros distintos de São Paulo e os dados evidenciaram especificidades de cada um em relação a comportamento sexual, uso de preservativo, entre outros aspectos, indicando as vulnerabilidades e necessidade de estratégias de prevenção específicas associadas a cada local. As autoras destacam a correspondência entre a existência de subculturas homoeróticas e a ocupação de espaços de sociabilidade. Portanto, frequentar uma boate em um determinado bairro – e não em outro - pode indicar algumas expectativas, limitações e vulnerabilidades.

Nesta perspectiva, o território emerge como um produto e expressão das práticas sociais e não apenas como uma topografia sobre a qual as ações humanas são desenvolvidas. Foucault considera que o discurso não é necessariamente equivalente à fala, podendo também ser expresso em uma disposição arquitetônica - como o panóptico - ou no modo de organização e disposição do tempo e do espaço em um estabelecimento (FOUCAULT, 1987) ou mesmo no espaço da cidade. Para a compreensão dos modos de apropriação e produção dos territórios, nos voltaremos à análise da relação do território com as relações de poder na constituição de modelos de saúde, pensando as implicações para os processos de exclusão e/ou inclusão.

Nas análises realizadas por Foucault (1987, 1988, 2001, 2008), há uma relação intrínseca entre relações de poder e território. Essas relações estão presentes nas considerações do autor sobre o poder disciplinar, sobre o biopoder e sobre os dispositivos de segurança.

Ao abordar os mecanismos disciplinares de poder, emergentes e dominantes a partir do século XVII/XVIII na sociedade ocidental, o autor demonstra o quanto tais mecanismos operam sobre o território. Primeiramente, a disciplina é definida como “esses métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõe uma relação de docilidade-utilidade” (FOUCAULT, 1987, p. 118).

A disciplina opera distribuindo os indivíduos no espaço, utilizando-se de uma série de técnicas. Uma dessas técnicas constitui-se pelo princípio da clausura, através do uso da cerca, que permite uma delimitação precisa e o enclausuramento de um conjunto de pessoas, facilitando seu controle. Outra técnica é baseada no princípio do quadriculamento, que consiste na máxima “cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo” (FOUCAULT, 1987, p. 123). Tal técnica possibilita um esquadrinhamento do espaço, com vistas à obtenção do seu controle. Há também as disposições em filas, que visam possibilitar a localização de um indivíduo em dada relação com outros indivíduos. O objetivo da disciplina é normalizar, ou seja, tornar algo ou alguém adequado à norma.

Enquanto o poder disciplinar atua predominantemente sobre os corpos, de modo a individualizá-los e docilizá-los, as técnicas do biopoder vão incidir sobre a população enquanto conjunto (FOUCAULT, 1988). São os dois pólos privilegiados de organização e atuação do poder sobre a vida. O biopoder tem como suporte a quantificação, “a demografia, a estimativa da relação entre recursos e habitantes, a tabulação das riquezas e de sua circulação, das vidas com sua duração provável” (FOUCAULT, 1988, p. 153). Tanto o biopoder quanto o poder disciplinar surgem como

uma ruptura em relação ao poder soberano, característico das sociedades medievais e renascentistas (ou seja, aproximadamente do século XIII até o século XVII). Este poder era caracterizado pelo poder sobre a morte. Já as novas configurações de poder emergentes se caracterizam pelo poder sobre a vida – trata-se de criar mecanismos que invistam sobre o corpo vivo, valorizando-o e gestando suas forças.

Já não se trata de pôr a morte em ação no campo da soberania, mas de distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade. Um poder dessa natureza tem de qualificar, medir, avaliar, hierarquizar, mais do que se manifestar em seu fausto mortífero; não tem que traçar a linha que separa os súditos obedientes dos inimigos do soberano, opera distribuições em torno da norma (FOUCAULT, 1988, p. 157).

Substitui-se o imperativo da lei pela adequação à norma. A norma passa a ser o eixo de referência, ao qual se deve adequar.

Dentro deste contexto de emergência das relações de poder pautadas pelas técnicas disciplinares e do biopoder, Foucault (2001) chama a atenção para os modelos de saúde que surgem como expressão dos mesmos: o modelo da peste e o modelo da varíola. Tais modelos se diferenciam do modelo da lepra, considerado até então uma matriz dos modelos de saúde característico dos períodos anteriores. As relações de poder em cada modelo tratarão de se apropriar e constituir o território de tal modo a propiciar relações de inclusão ou exclusão da pessoa com lepra, peste ou varíola.

O modelo da lepra surge na Idade Média. Trata-se de um modelo de exclusão. Para tanto, procede a uma divisão rigorosa do espaço, com uma clara delimitação dentro-fora e uma regra de não contato entre um indivíduo ou grupo com outro. Constituem-se duas massas estranhas. Uma vez enviado para um leprosário, o indivíduo nunca mais poderia sair. Sua entrada nesse lugar implicava a morte civil a partir da desqualificação jurídica e política: eram declarados mortos e os bens destinados em herança. Tal modalidade de poder ainda se exerce hoje em relação ao louco, doentes, criminosos e pobres. Implica uma expulsão do indivíduo, com a finalidade de purificação da comunidade (FOUCAULT, 1987, 2001).

No entanto, tal modelo vai sendo substituído por outro - o da peste – que passa a predominar a partir do século XVIII. Este modelo, diferentemente do primeiro, corresponde a um modelo de inclusão através da prática da quarentena. A quarentena consiste na circunscrição de um território, como no modelo da lepra, mas a diferença é que não se trata de um território para onde se repele toda uma população heterogênea. O território se torna alvo de uma análise sutil e detalhada.

Foucault descreve a cidade em estado de peste: era dividida em distritos, os quais eram divididos em quarteirões “e então nesses bairros eram isoladas as ruas e havia em cada rua vigias, em cada quarteirão inspetores, em cada distrito responsáveis por ele e na cidade mesma seja um governador nomeado para tanto” (2001, p. 56). Todos os cidadãos eram registrados. As sentinelas montavam guarda e os inspetores faziam inspeções duas vezes ao dia.

E todos os dias os inspetores deviam passar diante de cada casa, parar e fazer a chamada. A cada indivíduo era atribuída uma janela à qual devia se mostrar e, quando chamavam seu nome, ele devia se apresentar nessa janela, estando entendido que se não se apresentava é que estava de cama; e se estava de cama, é que estava doente; e, se estava doente, é que era perigoso. (FOUCAULT, 2001, p. 57).

Dentro desse sistema emergia o personagem da pessoa considerada “perigosa”. Tal modelo não implica em uma exclusão, uma expulsão, mas sim, uma quarentena, que visa fixar, atribuir um lugar, definir a relação de presenças/ausências e controlá-las. “Trata-se de um exame perpétuo de um campo de regularidade, no interior do qual vai se avaliar sem cessar cada indivíduo, para saber se está conforme à regra, à norma de saúde que é definida” (FOUCAULT, 2001, p. 58).

O marcante deste sistema é que ele procede a um controle dentro do próprio espaço de vida da população. Também é interessante apontar que este sistema produz um regime de visibilidade que faz surgir o chamado “sujeito perigoso”, que pode contaminar os demais.

A passagem de um modelo a outro ocorre por volta do século XVIII. Não significa que elementos de um modelo já não pudessem ser identificados, assim como não significa que o outro modelo tenha desaparecido. Não se trata da substituição completa de um modelo por outro, mas sim o momento em que o modelo de inclusão do pestífero passa a ter predomínio sobre o da lepra, apesar deste último continuar subsistindo. Essa passagem ocorre no momento em que emergem as técnicas disciplinares, que têm como objetivo e efeito a normalização. Ou seja, trata-se de um modelo que busca conformar, modelar um determinado indivíduo. É também a partir da análise desse contexto que Foucault propõe a noção positiva ou produtiva de poder. Diferentemente das concepções tradicionais de poder, marcadas pelo marxismo, o autor propõe uma noção de poder que não é baseada na violência (FOUCAULT, 1987; 1988; 2011; DELEUZE, 2006). Ao invés de reprimir, o poder produz, coloca o indivíduo em relações de produção. É importante considerar, ainda, que tais mecanismos de poder se articulam em relações de saber, tendo em vista que a emergência da disciplina coincide com a emergência das ciências sociais e humanas.

Resumindo esta passagem de modelos: o modelo da lepra exclui, a partir de uma divisão rigorosa do território. O modelo da peste inclui, esquadrinhando e controlando o território, visando produzir a normalização. Trata-se de uma “ortopedia social” (FOUCAULT, 1987) que busca conformar um determinado indivíduo.

Enquanto matriz de um modelo de saúde, podemos afirmar que seus resquícios constituem a base de funcionamento da ESF: delimitação do território, constituindo o chamado “território adscrito”, esquadrinhamento do território – em cada lugar uma família, uma família em cada lugar, cadastramento da população. Além disso, o papel dos ACS, que “vigiam” a saúde da população de modo constante, levando para a equipe as situações que demandam intervenções. Trata-se de um modo de constituir a vigilância sobre um recorte da população, visando intervir sobre ela, fazendo-a viver cada vez mais. Essa relação entre a população e a equipe de saúde, no entanto, não ocorre sem tensões. Apesar de muitas vezes demandar intervenções – pois, afinal, saúde é um direito do cidadão e um dever do estado – muitas vezes a população também coloca limites à atuação das equipes. As relações de poder envolvem insinuações que buscam guiar as condutas e ações, podendo estas relações serem permeadas por recusas, recriações ou aceitação.

Utilizamos esta comparação entre o modelo da peste e o modelo da ESF como um recurso metafórico, que nos transporta de um tempo a outro. Obviamente não se trata dos mesmos modelos ou dos mesmos sentidos, mas a comparação anacrônica busca, nesse momento, ressaltar elementos de semelhança, ressaltando uma lógica que permeia tais modelos e nos leva a problematizar justamente os elementos de permanência e ruptura entre o modelo da peste e o modelo que constitui a ESF.

Cabe, no entanto, considerarmos um terceiro modelo de saúde: o da varíola. Apesar de em “Os anormais” Foucault (2001) afirmar a existência de dois grandes modelos de saúde no mundo ocidental nos últimos séculos, em “Segurança, Território, População” (FOUCAULT, 2008) ele acrescenta um terceiro modelo. Se o modelo da peste emerge como expressão do poder disciplinar, o modelo da varíola emerge como expressão do biopoder e dos dispositivos de segurança, visando o corpo da população – ou melhor, a população como um corpo. Tal modelo intensifica-se por volta do século XVIII.

O problema se coloca da seguinte maneira:

não tanto impor uma disciplina, embora a disciplina seja chamada em auxílio; o problema fundamental vai ser o de saber quantas pessoas pegaram varíola, com que

idade, com quais efeitos, qual a mortalidade, quais as lesões ou quais as sequelas, que riscos se corre fazendo-se inocular, qual a probabilidade de um indivíduo vir a morrer ou pegar varíola apesar da inoculação, quais os efeitos estatísticos sobre a população em geral, em suma, todo um problema que já não é o da exclusão, como na lepra, que já não é o da quarentena, como na peste, que vai ser o problema das epidemias e das campanhas médicas por meio das quais se tentam jugular os fenômenos, tanto os epidêmicos quanto os endêmicos. (FOUCAULT, 2008, p. 14).

A varíola foi uma doença endêmica e epidêmica no século XVIII. Segundo Foucault (2008), houve períodos em que uma criança, ao nascer, tinha duas chances em três de pegar varíola, sendo que a taxa de mortalidade chegou a atingir um para oito. É em relação à varíola que surgem novas noções, como a de risco, perigo e crise. Diferentemente do modelo da lepra (que isola) e do modelo da peste (que esquadrinha e fixa), o da varíola vai considerar a população em seu conjunto e em subgrupos. Pode-se correlacionar o risco de mortalidade com variáveis como idade, lugar em que mora, faixa etária, cidade, profissão, tornando a doença acessível em termos de grupos e indivíduos. Com os mecanismos de variolização e vacinação não ocorre a demarcação doente/não-doente. Levar-se-á “em conta o conjunto sem descontinuidade, sem ruptura, dos doentes e não doentes, isto é, (...), a população, e em termos nessa população qual é o coeficiente de morbidade provável, ou de mortalidade provável”. (FOUCAULT, 2008, p. 81).

O modelo da varíola, assim como o da peste, visa à normalização. Porém, de modo distinto. O modelo da peste atua colocando uma norma como padrão, a partir da qual os indivíduos são situados em hierarquias e posições, como normal/anormal. Já o modelo da varíola considerará as variações da norma em relação ao público que é avaliado (FOUCAULT, 2008).

Do mesmo modo que fizemos uma comparação entre o modelo da peste e os mecanismos de funcionamento da Estratégia Saúde da Família, também podemos comparar o modelo da varíola com o modelo de atenção colocado em ação em relação à Aids. Afinal, a epidemiologia foi não só o campo de conhecimentos que propiciou a identificação da Aids, como foi o primeiro campo a buscar responder ao que ocorria no início da epidemia, registrando o número de casos diagnosticados, o número de mortes, os grupos atingidos (então chamados “grupos de risco”), as possibilidades de infecção entre homo, hetero ou bissexuais, entre homens e mulheres e assim por diante. É difícil encontrar uma pesquisa no campo da Aids que não exiba números, coeficientes, taxas, pois essa epidemia é inflada por essa lógica. Apesar de se tratar de distintos problemas, em distintas épocas, recortamos este aspecto em comum entre ambas.

Pensamos que inserir a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família implica no cruzamento do modelo da peste e do modelo da varíola, que têm em comum o fato de buscarem uma inclusão, visando um processo de normalização. Ou seja: espera-se que, com as práticas preventivas, as pessoas usem preservativo e que com a oferta do teste para HIV na unidade de saúde, as pessoas busquem o diagnóstico. Espera-se que, com o acesso à medicação, as pessoas possam aderir ao tratamento. Espera-se que, ao ter acesso ao diagnóstico, ocorra a comunicação ao(s) parceiros(s) sexuais. Todos esses são efeitos de normalização esperados. Para tanto, as práticas dos profissionais dos serviços de saúde se insinuam sobre as condutas dos usuários atendidos na unidade de saúde. A partir das intervenções, espera-se que eles possam aderir “voluntariamente” a tais práticas, não sendo algo imposto a eles – ou seja, trata-se de uma relação de poder, e não de violência. É nessa perspectiva que Foucault (1987; 1988) propõe as relações positivas ou produtivas de poder: elas buscam maximizar a vida. Mas, trata-se de uma vida compreendida em uma perspectiva biológica: longevidade, linearidade, tempo cronológico. Porém, a linha entre a inclusão controlada e a exclusão parece bastante tênue. Como agir quando a pessoa diagnosticada não quer ou não consegue comunicar a seu parceiro o diagnóstico? Ou quando uma PVHA não segue as indicações dos profissionais de saúde? Ou deixam de realizar o tratamento? Ou quando uma pessoa é vista não como uma pessoa com um problema de saúde, mas como um “transmissor”, um risco em potencial para a saúde e a vida de outras pessoas? Como proceder quando uma pessoa relata não querer fazer o acompanhamento na unidade de saúde próxima a sua residência?

É nessa perspectiva que emerge a necessidade de problematização proposta nesta pesquisa. Compreendemos que os modelos de saúde de que dispomos são conformados a partir de determinadas modalidades de relações de poder que constituem a apropriação de determinados territórios. Tais modelos e técnicas podem propiciar movimentos de inclusão – num sentido de autonomia, emancipação, potencialização da vida. Afinal, na relação de poder há sempre uma possibilidade de resistência, aqui compreendida como movimento de diferenciação. Mas também podem engessar modos de ser e viver, demarcando, separando e excluindo. Pensamos que a atenção em HIV-Aids na ESF se constitui nesse paradoxo.

Deve-se também considerar que os princípios de atuação de serviços especializados, como o CTA, são bastante distintos dos princípios da ESF. Enquanto o CTA enfatiza o sigilo, privacidade e possibilidade de não identificação do usuário, a ESF parte de uma lógica totalmente oposta. Ou

seja, a pessoa só será atendida mediante identificação pela equipe, constatação da presença de cadastro e, portanto, residência na área de abrangência da unidade. Portanto, se o anonimato já constituiu um princípio de atuação dos CTA, a ESF parte justamente da quebra desse princípio, pois a condição de atendimento é o pertencimento ao território adscrito e a presença de um cadastro do usuário. A ESF parte da quebra daquilo que no CTA já foi, um dia, considerado um direito: o anonimato.

Pensamos, ainda, ser necessário fazer mais uma consideração. Entendemos que a disciplina, o biopoder, os mecanismos de segurança, não podem ser vistos apenas como mecanismos de controle, tendo em vista que a resistência está sempre colocada como possível em uma relação de poder. A relação de poder constitui-se como uma insinuação de ações sobre outras ações, podendo despertar relações de aceitação, rejeição ou recriação dos modos de apropriação. O caráter problemático consiste justamente em analisar os mecanismos através dos quais o poder se insinua, assim como as estratégias pelas quais é possível a resistência. Se hoje podemos falar e até mesmo defender o campo das políticas sociais, devemos considerar que o biopoder se coloca como uma das condições para a sua emergência. Mas não poderíamos ter uma visão redutora ou simplista de que devemos, então, defender o fim das políticas sociais, entendendo-as apenas como formas de controle da população. Senão, devemos analisar que efeitos elas produzem, o que elas pedem em troca às pessoas que a ela resolvem aderir. O que entendemos como problemático são alguns de seus efeitos de hierarquização e exclusão, assim como seus efeitos de homogeneização. Ou seja, acaba-se por homogeneizar problemas como hipertensão, diabetes, saúde mental e Aids, como se a inserção de todos eles pudesse ser pensada da mesma maneira na ESF. Outro efeito a ser analisado é: como as equipes agem quando seus procedimentos de normalização não atingem o usuário? Ou seja, quando o usuário não adere ao tratamento, por exemplo? A problematização, nesse sentido, surge como a possibilidade de acompanhar um processo, analisar seus efeitos, suas linhas de constituição e tensionamento

É importante destacar que Foucault auxilia a pensar não apenas a dimensão de captura e controle efetivado pelo território, mas também as possibilidades de resistência. Segundo o autor, onde há poder há resistência (FOUCAULT, 2011) – ou seja, possibilidade de criação de outros modos de ser e estar no mundo. Nesta perspectiva, ao afirmarmos a constituição do território como um paradoxo no encontro entre a atenção em HIV-Aids e a ESF, afirmamos a possibilidade que

tanto a dimensão de exclusão e controle pode se expressar, quanto a dimensão de inclusão e cuidado.

Deve-se destacar, ainda, as contribuições de Gilles Deleuze e Félix Guattari para a formulação da noção de território. Segundo Haesbaert (2009), a principal contribuição destes autores ocorre pela proposição da noção de desterritorialização. Ou seja, trata-se de uma noção de território que pressupõe sempre a possibilidade de saída do território (desterritorialização) e a possibilidade de recomposição de novos territórios (reterritorialização). Na concepção dos autores, o território não se confunde com o espaço, apesar de poder fazer dele um substrato de apropriação e relação. Antes de um território espacial-geográfico, trata-se de um território subjetivo, constituído por signos que produzem sensações e percepções de pertencimento. Nesta perspectiva, cabe a seguinte reflexão: a descentralização da atenção em HIV-Aids expande a assistência para novos espaços. Mas os usuários e profissionais percebem esses novos espaços, se apropriam deles, os reconhecem? Nesse sentido, diferencia-se uma dimensão extensiva do território em relação a outra dimensão intensiva. Pensamos que o deslocamento do local de atendimento de um serviço especializado para um serviço de Atenção Básica pode denotar tanto um movimento de desterritorialização (desestabilização) quanto de reterritorialização (recomposição do território). Haesbaert (2009), comentando a obra de Deleuze e Guattari, afirma que o território deixa de ser percebido como um objeto e passa a ser visto como “um ato, uma ação, uma relação, um movimento (de territorialização e desterritorialização), um ritmo, um movimento que se repete e sobre o qual se exerce um controle” (p. 127). O território poderia tanto dizer respeito a um espaço vivido quanto ao desenvolvimento de uma sensação de se sentir em casa (GUATTARI, ROLNIK, 2005).

Ferreira Neto (2011) afirma que, a partir de Foucault e de Deleuze e Guattari, é possível relacionar o território com a produção de subjetividade. Portanto, abordar os modos de operação das relações de poder implica necessariamente na abordagem da produção de subjetividade. Nesse sentido, indica a possibilidade de pensarmos em uma “geografia da subjetivação”, tomando o espaço urbano e a experiência no território como importantes vetores na produção de subjetividade.

Outra discussão realizada por Haesbaert (2009), central em seu trabalho, gira em torno do combate à tese de fim do território. Segundo Haesbaert (2009), vários autores que abordam a sociedades contemporânea, entre os quais aponta Paul Virilio, têm afirmado o fim do espaço e a crescente importância do tempo. Haesbaert rebate essa tese, afirmando que antes do fim do

território temos vivido a possibilidade de constituição de múltiplos territórios. A questão que se coloca, no entanto, é que a possibilidade de experimentar múltiplos territórios não ocorre igualmente para todos, em função das desigualdades sociais. Massey¹⁹ (1993b, citado por Haesbaert, 2009) é um dos precursores dessa problematização ao criticar alguns usos da noção de ‘compressão tempo-espaço’. Essa noção designa as novas experiências tornadas possíveis no contemporâneo em decorrência das tecnologias de transporte e comunicação, que alteram a relação que estabelecemos com o espaço e o tempo. Uma viagem que há cem anos só poderia ser realizada a cavalo, em uma estrada de chão, com duração de três dias, hoje pode ser pensada através de um meio aéreo (avião, helicóptero), com duração de uma hora, alterando completamente a noção de distância e, portanto, de espaço. No entanto, “para Massey, diferentes indivíduos e grupos sociais estão situados de formas muito distintas com relação aos fluxos e interconexões que a compressão espaço-tempo supõe. A questão é explicitar, portanto, os distintos meandros do poder em que estão situados” (HAESBAERT, 2009, p. 166). Essa perspectiva considera, portanto, a desigualdade que constitui os atores e grupos sociais em cena, levantando a interrogação: “a quem” os fluxos são acessíveis? Dentro de quais condições?

Ferreira Neto (2011) também aponta o quanto os arranjos urbanos expressam e materializam relações de segregação, através de contenções como muros, grades, espaços privatizados, assim como das localizações e demarcações estabelecidas entre centro e periferia, favela e condomínios fechados e assim por diante. Nessa mesma perspectiva, Santos (2001) menciona a possibilidade de traçarmos mapas de exclusão, nos quais é possível dar visibilidade a modalidades de relações estabelecidas em diferentes territórios.

Por fim, cabe salientar que a nossa perspectiva em relação a abordagem do território segue o caminho sugerido por Haesbaert (2009), segundo o qual uma concepção de território não necessariamente exclui as demais. Segundo o autor, é possível trabalharmos com uma abordagem integrada em torno de alguns conceitos de território, que tornam-se mais ou menos articulados em decorrência do campo ao qual estamos analisando. Assim, a abordagem de uma concepção de ‘território-zona’, onde prevalece a ideia de delimitação, fronteiras estabelecidas sobre um espaço contínuo, diferencia-se mas não necessariamente estabelece uma relação de exclusão com a

¹⁹ MASSEY, D. Power-geometry and a progressive sense of place. In.: BIRD, J. et al. (eds.). Mapping the futures, local cultures, global change. London; New York: Routledge. (1993b)

concepção de ‘território-rede’, na qual prevalece a descontinuidade espacial, com fronteiras nebulosas mas com interconexões entre diferentes pontos do espaço.

Nesta perspectiva, há que se pensar de que modo a Atenção Básica se constitui como uma nova possibilidade de território para a atenção em HIV-Aids.

4. MÉTODO

4.1. PERSPECTIVA TEÓRICO-METODOLÓGICA

A perspectiva teórico-metodológica que orienta este estudo é a analítico-institucional, com inspiração nas ferramentas da pesquisa-intervenção. O institucionalismo é caracterizado como um movimento que agrega diferentes correntes de pensamento, entre as quais destacamos a análise institucional ou sócio-análise, que tem como expoentes René Lourau e Georges Lapassade, e a esquizoanálise ou filosofia da diferença, que tem como expoentes Félix Guattari e Gilles Deleuze. Agrega, ainda, contribuições de autores como Erving Goffman e Michel Foucault, os quais, apesar de não serem considerados institucionalistas, trouxeram importantes contribuições para a compreensão, análise e construção de ferramentas de análise do campo institucional.

O exercício da pesquisa através da inspiração analítico-institucional coloca ao pesquisador alguns desafios. Através da leitura de Lourau (1993), podemos indicar que um desses desafios é considerar sempre as contradições que permeiam os processos investigativos, antes de simplesmente buscar eliminá-las. Isso significa negar certa tradição das pesquisas acadêmicas, ou ao menos do modo de apresentação das pesquisas acadêmicas, que muitas vezes fazem parecer que as mesmas ocorrem dentro de uma “calmaria”, com muitas certezas – quando, na verdade, não é bem isso o que ocorre. Lourau (1993) afirma que os objetivos gerais de uma pesquisa não são mais do que “‘boas intenções’ expressas em ‘vocabulário científico’”. Quando muito, o pesquisador constrói um tipo de explanação que tem por intuito eliminar os aspectos contraditórios de sua investigação, dando uma imagem completamente falsificada do processo” (p. 111).

A análise institucional habita um paradoxo, por excelência, que é o desafio de construir uma área de saber sem, ao mesmo tempo, institucionalizá-la, cronificá-la e burocratizá-la. Esse paradoxo não é facilmente resolvido, porém, deve ser alvo permanente de problematização. Exatamente é o que diz Deleuze (1974), ao afirmar que o paradoxo não é algo a ser resolvido, mas sim, a ser habitado. Possivelmente em decorrência dessa especificidade da análise institucional é que encontramos muito mais relatos das experimentações em campo e suas relações teórico-conceituais com a análise institucional do que propriamente recomendações, compreendidas como conjunto de regras e procedimentos, sobre o “como fazer”. Aragão, Barros e Oliveira (2005), por exemplo, propõem pensar o método não como uma descrição formal dos procedimentos, mas como

uma indicação da leitura operacional e do quadro teórico utilizado pelo pesquisador, do modo como o trabalho se relaciona com uma determinada questão ética. Desse modo, não existe - na análise institucional - regras ou procedimentos de análise pré-determinados. Hess (2008), ao fazer uma breve biografia da trajetória do institucionalista Lapassade, afirma que o que o diferenciou de outros sociólogos ou psicossociólogos de sua geração foi o fato de ele não ter procurado fixar um modelo de intervenção, mas sim “veremos que ele pensou formas de trabalho distintas (ou dispositivos) em função dos campos com que se defrontou. Oscilou constantemente entre a pesquisa-ação, a intervenção e a observação participante. (...) Sua obra é multiforme, como sua pessoa (...) Sua obra é aberta, um apelo ao prolongamento” (p. 253-254). Em consonância com as colocações de Hess sobre Lapassade, Lourau afirma que a análise institucional não é uma teoria que pode ser aplicada sobre uma realidade ou campo. Segundo o autor:

não deveríamos apreender a teoria como aprendemos catecismo. A pesquisa é uma criação permanente: consiste em interrogar conceitos, criticá-los e nunca meramente aplicar nossa teoria, de um modo meio mágico, fazendo uma espécie de encantação através da repetição mecânica das mesmas palavras. Pode dar certo no universo da fé, mas a pesquisa necessita de dúvidas e não de certezas prévias. (LOURAU, 1993, p. 111).

Nesse sentido, somos convocados a fazer, com o método, uma experiência, imbuída do campo de pesquisa. Talvez por esse motivo tenha surgido uma bifurcação no institucionalismo com a proposição da socioanálise ou intervenção sócio-analítica, que seria a face da intervenção propriamente dita, informada pelo referencial da análise institucional. Teoria (análise institucional) e prática (socioanálise)²⁰, assim constituem-se por mutua interação e transformação, e não por sobredeterminação da primeira sobre a segunda. Não se trata de “aplicar” o conceito à prática, mas de experimentá-lo como uma orientação ou como uma ferramenta.

Esta orientação metodológica também está presente na obra de autores como Foucault, que afirma:

²⁰ Lourau, em alguns momentos de sua obra, designa a socioanálise como um modo de aplicação da análise institucional, conforme excerto a seguir: “mas se falarmos de intervenção socioanalítica, isto é, da aplicação da análise institucional na prática dos grupos, coletividades, organizações” (1975, p. 265). Autores que apresentam e sintetizam a obra de Lourau e Lapassade, como Guirado (1987) também apontam essa lógica através da qual a análise institucional estaria mais centrada na elaboração conceitual, enquanto a socioanálise na elaboração de intervenções. Guirado (1987), ao abordar a obra de Lapassade, observa que ao final da década de 1960 ele tende a usar mais o termo “análise institucional”, passando posteriormente a usar mais frequentemente o termo socioanálise. Segundo a autora “note-se, inclusive, que o autor, nesta data, 1973, já quase não fala em análise institucional. Prefere o termo sócio-análise, definido como análise institucional em situação, mais especificamente, como um encontro institucional” (GUIRADO, 1987, p. 44)

Não tenho um método que se aplicaria, do mesmo modo, a domínios diferentes. Ao contrário, diria que é um mesmo campo de objetos que procuro isolar, utilizando instrumentos encontrados ou forjados por mim, no exato momento em que faço minha pesquisa, mas sem privilegiar de modo algum o problema do método ... Não tenho teoria geral e tampouco tenho um instrumento certo. Eu tateio, fabrico, como posso, instrumentos que são destinados a fazer aparecer objetos. (FOUCAULT, 2003, p. 229)

Foucault (2011) afirma, ainda, que seus estudos sempre levaram em consideração a preocupação em relação à compreensão dos modos pelos quais nos tornamos sujeitos, seja em relação ao saber, em relação ao poder ou em relação a ética. Estas diferentes relações produtoras de processos de subjetivação é que levaram o autor a forjar diferentes ferramentas de investigação.

É necessário, no entanto, fazer uma ressalva sobre uma afirmação realizada anteriormente em relação a não existência de um conjunto de regras pré-definidas de produção e análise dos dados. Não ter procedimentos de produção ou análise de dados pré-definidos não significa “poder fazer qualquer coisa” ou “fazer de qualquer jeito”. É necessário buscar princípios de coerência dentro do referencial adotado. Isso serve também a métodos como a cartografia, onde apesar de não existir regras procedimentais pré-definidas, existe uma série de pistas em relação ao método (PASSOS; KASTRUP; ESCÓCIA, 2009; PASSOS; KASTRUP; TEDESCO, 2013).

Essa abertura colocada por esses autores e viesses teórico-metodológicos nos desafiam, pois interrogam até que ponto nossos procedimentos são coerentes em relação ao viés teórico-metodológico proposto. São interrogações como estas que nos levam a desenvolver este tópico, convocados pela necessidade de elaboração dessas questões. Do mesmo modo, a necessidade de justificar a coerência no uso de autores como Michel Foucault, Erving Goffman, Gilles Deleuze e Rene Lourau na produção desta tese.

Nesse sentido, este tópico se constitui como a possibilidade de colocar estes aspectos em relevo, apostando também na escrita como uma ferramenta de elaboração dessas questões em aberto. É importante justificar que o viés epistemológico presente na pesquisa-intervenção permite ao pesquisador fazer esse movimento de mostrar não apenas o “palco do teatro”, mas também “os camarins”. Lourau problematiza o modo de apresentação das pesquisas acadêmicas e introduz a importância do que ele chama de “fora-textos” (*hors-textuel*) para a compreensão das pesquisas. O fora-texto é aquilo que perpassa o cotidiano do pesquisador, revelando suas contradições. Ele permite acessar não o como fazer, mas o como foi feito, “evitando aquilo que chamarei de lado

mágico ou ilusório da pesquisa (fantasias em torno da cientificidade, geradas pela asséptica leitura dos resultados finais)”. (LOURAU, 1993, p. 77).

Os fora-textos tradicionalmente não apareciam na maioria das obras ditas “científicas”, passando a ser objeto de problematização em abordagens como a da análise institucional. Ou, quando apareciam, o faziam no formato de diários, publicados em separado em relação às obras. Lourau cita como exemplo o diário clínico de Ferenczi e os diários secretos de Wittgenstein, sendo que este último nunca fora publicado oficialmente. O “fora-texto”, segundo Lourau (1993), corresponde “a essa escrita quase obscena, violadora da ‘neutralidade’” (p. 71). Ou, ainda, “aquilo que está fora de cena; fora da cena oficial da escritura” (p. 71).

O que é colocado em xeque, assim, é a pretensão de neutralidade na pesquisa. Ao invés disso, a análise institucional parte do pressuposto da não-neutralidade, que começa na escolha pelo problema de pesquisa – o qual já é uma escolha política. Ao mesmo tempo, a análise institucional traz algumas ferramentas que auxiliam a pensar e analisar os efeitos e interferências realizados na pesquisa. Nesse sentido, as interrogações que movem esta escrita surgem nesse fora-texto, tornado ‘dentro-texto’ através do exercício de elaboração.

Trabalharemos, a seguir, com duas interrogações que circularam pela pesquisa na constituição de seu referencial teórico-metodológico. A primeira, em torno da tensão existente entre avaliação e problematização. A segunda, em torno da dimensão da intervenção que inspira a pesquisa, suscitando uma discussão sobre o modo como ela se constitui em diferentes abordagens.

4.1.1. Avaliação ou Problematização?

A análise deste par “avaliação/problematização” surgiu nesta pesquisa a partir da interrogação que passei a me fazer após alguns contatos realizados no campo: esta pesquisa tem um caráter avaliativo? O sentimento de estar sendo avaliado esteve presente entre alguns profissionais da equipe de ESF, sendo despertado principalmente em alguns momentos de observação das ações desenvolvidas, como o aconselhamento pré-teste coletivo. Esse sentimento foi verbalizado por uma das profissionais, ao interrogar se a intenção da pesquisa era “avaliar” o modo como estava desenvolvendo a ação. Nesse momento passei a me interrogar se esse seria o meu papel ali naquele local e que efeitos poderia produzir nos participantes. Na interação com a profissional, respondi que não se tratava de uma avaliação, constituindo mais um acompanhamento

do modo como ela produzia seu trabalho relacionado à temática HIV-Aids. Posteriormente, percebi que o olhar avaliativo nos constitui: estamos olhando sempre ao nosso redor e julgando as coisas, pessoas, situações como boas, más, como bonitas, feias, como prazerosas, desprazerosas, como certas, erradas, e assim por diante. Trata-se do julgamento moral. Existem também julgamentos perpassados pelo campo do saber, que possibilitam que possamos avaliar uma ação em saúde a partir dos modelos aos quais ela responde, resultando em ações “resolutivas” ou “iatrogênicas”, estando ligada a um modelo mais prescritivo ou mais participativo, a um modelo biomédico ou psicossocial e assim por diante. Posteriormente, em uma reunião de equipe, expus a percepção de que o olhar avaliativo é constitutivo de nossas ações, portanto, não podemos negá-lo. Porém, eu não tinha uma intenção normativa – ou seja, não tinha uma intenção de normatizar as práticas da equipe, como se eu já tivesse uma “grade de avaliação” pré-determinada onde pudesse encaixar e avaliar as ações desenvolvidas. Além disso, a pesquisa não se baseava no arcabouço teórico-metodológico de pesquisas ditas avaliativas. Ao invés da palavra ‘avaliativa’, tornou-se mais coerente a perspectiva da problematização. Ou seja, mais do que postular o “certo ou errado”, ou apenas identificar a qual modelo em saúde as ações estão atreladas, a intenção era produzir movimentos de identificação e sistematização de uma dada realidade, produzindo também interrogações que pudessem levar à reflexão sobre a mesma. A problematização é aqui compreendida como uma estratégia de análise de determinado fenômeno, visando sua desnaturalização e abertura das linhas de constituição. A interrogação é uma de suas principais estratégias, pois possibilita historicizar determinados fenômenos, buscar sua gênese, explicações e lógicas de constituição. Nesse processo, os coletivos são levados a pensar sobre o fenômeno, produzindo também interrogações e motivando a produção de explicações acerca do fenômeno.

4.1.2. Aproximando Autores e Abordagens: Interrogando as Dimensões da Intervenção na Pesquisa para o esboço de uma genealogia em ato

Considerando-se os aspectos que aproximam e/ou diferenciam autores como René Lourau/Georges Lapassade, Michel Foucault e Erving Goffman, propomos uma discussão que possibilita dar visibilidade aos usos e apropriações que fizemos deles na construção desta tese. Em comum entre esses autores podemos citar as contribuições teórico-conceituais produzidas para a análise de estabelecimentos e instituições; o fato de terem vivido em um mesmo estrato temporal,

com as principais obras publicadas entre as décadas de 1960 e 1980. No entanto, do ponto de vista das propostas metodológicas criadas para responder as questões lançadas, podemos perceber a existência de diferenças significativas. Uma das linhas que guiam esta discussão é a reflexão sobre a dimensão da intervenção na abordagem genealógica proposta por Foucault, na abordagem interacionista proposta por Goffman e na pesquisa-intervenção segundo os sócio-analistas.

Consideramos que Michel Foucault, através de seu método genealógico, permite desnaturalizar determinados fenômenos, de modo a fazer emergir o processo de construção e fabricação dos mesmos, considerando-se as relações de saber e poder colocadas em diferentes contextos. Além disso, os estudos realizados pelo autor evidenciam as continuidades e descontinuidades históricas, os processos de transformação ou manutenção de determinados fenômenos. Aquilo que aparece para nós, no presente, como dado, na verdade é apenas o produto de uma construção histórica e social.

O autor parte de questões que nos interrogam no presente – a loucura, a prisão, a sexualidade – para compreender como chegamos a elas enquanto produtos, através de quais transformações ou permanências. Em seu método genealógico, Foucault não realiza entrevistas ou grupos focais, até mesmo porque os participantes que remetem as questões de seu interesse já não são mais acessíveis fisicamente. Além disso, Foucault não se interessa em compreender o “sujeito da experiência”, mas sim em compreender como é possível, em determinado contexto, sob certas condições, produzir-se condições para uma experiência. Por isso não encontramos a menção ao sujeito – enquanto essência ou experiência de um indivíduo - na obra foucaultina, mas sim aos processos de subjetivação. Do ponto de vista dos procedimentos, Foucault se apoia na produção de documentos de época, como livros, registros institucionais, e assim por diante, como base de dados de suas análises. Por exemplo, para propor a ideia da grande internação, no livro “História da Loucura”, Foucault (2002) teve acesso aos dados que evidenciavam o número de habitantes de Paris que já haviam passado pela situação de internação em determinados momentos do século XVI e XVII. Ao mesmo tempo, perceber que a loucura não era objeto médico no século XVI em comparação com outros momentos onde a loucura tornou-se objeto médico, proporciona justamente a efetuação de movimentos de desnaturalização. A intenção de Foucault, no entanto, não reside na compreensão intrasubjetiva referida à experiência de um suposto “sujeito”, mas sim, na compreensão da produção de lógicas perpassadas por relações de saber e poder que produzem

regimes de visibilidade e dizibilidade. Não existe um sujeito enquanto causa do fenômeno, senão enquanto efeito dessas lógicas nas quais se vê imerso.

Por outro lado, as estratégias de desnaturalização em Goffman são completamente distintas. Isso porque Goffman, do ponto de vista metodológico, lança mão de estratégias completamente diferentes. Sendo um interacionista simbólico, seu alvo de estudo são as interações que ocorrem entre indivíduos concretos, sob determinadas condições, no tempo presente. Podemos citar como exemplo a condição de estar em um estabelecimento fechado, como em “Manicômios, Prisões e Conventos” (GOFFMAN, 2003) ou a condição de possuir um atributo estigmatizado ou passível de ser estigmatizado, como em “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” (GOFFMAN, 2008). Em “Prisões, manicômios e conventos”, por exemplo, Goffman utiliza a estratégia etnográfica, inserindo-se em um hospital psiquiátrico nos EUA na posição de treinador de educação física. É a partir dessa posição que realiza sua observação dos fenômenos, problematizando aspectos como a cisão entre uma equipe dirigente (os profissionais) e os internos (pacientes), assim como as formas de contato e interação entre membros desses dois grupos distintos. Apesar de partir da interação entre indivíduos, a análise acessa a dimensão institucional, referente à lógica de funcionamento do estabelecimento e o modo como esta lógica marca as relações estabelecidas entre os atores institucionais. Em “Estigma”, o autor também tem como objetivo abordar as interações mistas – ou seja, entre o indivíduo estigmatizado e o não estigmatizado. Nesse sentido, Goffman trabalha com categorias como identidade pessoal e identidade social, colocando o indivíduo e sua experiência de interação com o outro em evidência.

Apesar disso, encontramos poucas passagens onde Goffman apresenta o modo como realiza as interações em campo. Em “Prisões, manicômios e conventos” encontramos algumas notas referentes a esse assunto na introdução da obra, momento no qual apresenta a estratégia etnográfica, assim como algumas questões que permearam sua pesquisa. Já em “Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada” não encontramos menção a esse aspecto.

Além disso, Goffman também não tem como objetivo de seu estudo modificar as condições encontradas em seu campo de pesquisa durante a realização do mesmo. Suas obras constituem-se em relatos sobre o que ele encontrou, sistematizou e escreveu, mas não do que foi modificado (nele como pesquisador ou nos participantes da pesquisa) a partir de seu contato com aquele campo.

Do mesmo modo, Michel Foucault também não tem como objetivo uma intervenção direta sobre as pessoas ou personagens que aparecem citados em suas obras. Apesar de estudar o

fenômeno da loucura ou da sexualidade, abordando as práticas sociais em contextos históricos distintos, a experiência concreta daqueles personagens não pode ser alterada pela sua pesquisa, pois a reflexividade não se constitui como possibilidade. Outro aspecto que podemos destacar é que, tanto em Foucault quanto em Goffman, não temos acesso, através da leitura de seus livros, ao que os “motivaram” a realizar tais estudos²¹. Podemos supor algumas dessas motivações ao ler algumas de suas entrevistas ou, por outro lado, suas biografias, como no caso na biografia de Michel Foucault (ERIBON, 1990). Mas estes aspectos constituem um “fora-texto”, não estando inseridas nas obras dos autores em si.

Nesta linha de pensamento, podemos dizer que as pesquisas de ambos os autores não têm como finalidade modificar a experiência concreta das pessoas que participaram ou são citadas nelas. Não havia um objetivo de intervenção nesse nível e, no caso de Foucault, nem seria possível, considerando que lidava com personagens históricos e que eles, em si, não eram seu foco, mas sim o que as práticas evidenciavam sobre uma mudança ou manutenção em relação à determinada lógica e configuração das relações de saber, poder e subjetivação.

Porém, nem por isso poderíamos deixar de pensar na dimensão de intervenção da obra desses autores. Em primeiro lugar, as publicações foucaultianas permitiram uma intervenção histórica, na medida em que modificaram as narrativas acerca de determinados fenômenos e processos. Não no sentido de substituição de narrativas, mas de criação de outras narrativas possíveis, disruptivas em relação as já existentes. Podemos citar um exemplo através do que Foucault realizou com a “História da Loucura”. Na literatura tradicional, Pinel é visto como aquele que libertou os loucos dos grilhões, em uma atitude tida como “libertária”. Foucault, no entanto, introduz em suas problematizações uma dimensão contraditória deste fenômeno: Pinel libertou os loucos dos grilhões, mas não os libertou dos muros do manicômio. Antes disso, fez parecer como natural, ao longo do tempo, a associação entre este local e o louco, agora visto sob a ótica médica da doença mental. Após a publicação das obras foucaultianas, outras possibilidades de narrativa foram produzidas. A segunda dimensão de intervenção da obra foucaultiana consiste na interrogação do presente, do que nos tornamos hoje em relação ao que já fomos ou estamos em processo de nos tornar.

²¹ Esta afirmação se aplica apenas em parte à Michel Foucault, pois em algumas de suas obras ele aborda aspectos que o levaram a se interrogar, visualizar bifurcações e rearranjos nos direcionamentos de pesquisa, como fica mais evidente, por exemplo, no tópico “1. Modificações”, do livro “História da sexualidade – O uso dos prazeres” (FOUCAULT, 1984).

Podemos afirmar também uma dimensão de intervenção da obra de Goffman. Ler as publicações de Erving Goffman nos faz perceber fenômenos e processos cotidianos através de novas perspectivas, possibilitando um estranhamento em relação àquilo que está dado, àquilo que é cotidiano. Trata-se de uma intervenção sobre o modo de olhar, de perceber determinados fenômenos. Apesar de seus estudos não transformarem e nem terem como finalidade transformar os locais ou pessoas nos/com os quais realizou seus estudos, seus relatos inspiram intervenções por “todos os cantos”. A leitura sobre o estigma pode auxiliar a identificar e compreender os processos de encobrimento, sigilo, segredo e revelação, assim como pensar essa dinâmica fora de uma ordem individual, mas na sua dimensão de processo social. A compreensão dessa dinâmica também pode subsidiar intervenções, como no caso dos médicos e/ou psicólogos que, prevendo a existência desta dinâmica, passam a orientar PVHA a como “despistar” e encobrir seu diagnóstico, caso não queiram fazer a revelação do mesmo.

Franco Basaglia nos dá a dimensão do quanto algumas obras tanto de Foucault quanto de Goffman auxiliaram a construir sua base prático-conceitual, auxiliando na reorientação de suas intervenções, até chegar à posição de luta pela extinção dos manicômios. Ambos os autores participaram da construção de sua base crítica, a partir da qual ele constitui intervenções sobre realidades concretas. Não haveria como dizer que as intervenções basaglianas não carregam um pouco de Michel Foucault e Erving Goffman. Basaglia foi responsável pela introdução à edição americana de “Asylums”, traduzido em português como “Prisões, Manicômios e Conventos”, de Goffman. Do mesmo modo, a influência de Goffman e Foucault é evidente sobre Basaglia em textos como “A destruição do hospital psiquiátrico como espaço de institucionalização” (BASAGLIA, 2005), no qual cita as estratégias de mortificação do eu segundo Goffman, assim como deixa clara sua influência foucaultiana em passagens como a que segue:

Pinel também já havia invocado esta óbvia liberdade para os alienados, quando os encerrava – depois de soltá-los das correntes – no espaço fechado, limitado, onde até hoje vivem nossos internos. Mas, “no fim do século XVIII” – diz Foucault em sua recente História da Loucura -, “não se assiste a uma libertação dos loucos, e sim a uma objetificação do conceito da sua liberdade”, objetivação que, desde então, impeliu o doente a identificar-se gradativamente com as regras e com o esquema da instituição, ou seja: a institucionalizar-se. (BASAGLIA, 2005, p. 26)

Essa passagem é uma das expressões do modo como a obra foucaultiana alterou tanto o modo de narrar um evento histórico, assim como serviu para interrogar o tratamento designado à loucura na década de 1960 e ainda hoje. Constituiu, ainda, a base crítica do pensamento e da

intervenção de profissionais como Franco Basaglia, que propôs novas respostas sócio-assistenciais à questão da loucura.

Por um lado, defendi a ideia de que as obras de Foucault e Goffman não têm um caráter de intervenção sobre os participantes abordados em seus estudos. A experiência concreta daqueles participantes, no momento de realização da pesquisa, não foi alterada – ao menos não havia essa pretensão, às vezes nem mesmo a possibilidade, no caso de Foucault. Apontei ainda uma ausência do “fora-texto” na obra dos autores. No entanto, defendi também que existe uma dimensão de intervenção da obra desses autores. Mas, estamos falando de uma dimensão de intervenção “da obra” desses autores e não de uma intervenção na pesquisa que deu origem à obra desses autores, no que tange à experiência concreta das pessoas que eles abordaram, consideraram ou mencionaram.

Portanto, Goffman e Foucault nos auxiliam tanto do ponto de vista conceitual quanto com relação às estratégias de problematização. Eles nos possibilitam perceber determinados fenômenos através de novas lentes, desnaturalizando-os. Por outro lado, a pesquisa-intervenção, sob o viés da análise institucional, nos fornece algumas ferramentas de trabalho e fontes de inspiração para pensar a relação com o campo de pesquisa, principalmente na relação com os coletivos.

Na pesquisa-intervenção a intervenção estará presente enquanto um objetivo, um efeito e objeto de análise, colocando o pesquisador em cena. Isso introduz na pesquisa interrogações que não estavam colocadas na abordagem genealógica e interacionista, tais quais colocadas por seus autores, suscitando a necessidade de buscarmos outros referenciais que nos auxiliem nessa elaboração.

Lourau traz a intencionalidade da análise institucional em fomentar nos grupos a análise da dimensão institucional. Em suas palavras “decifrar as relações que os indivíduos e os grupos mantêm com as instituições” (1993, p. 267). Esse ponto, inclusive, consiste em uma das críticas à psicossociologia, que também trabalhava com pequenos grupos, mas sem inserir neles a dimensão institucional. Baremlitt (1996), por outro lado, traz como objetivo da análise institucional o fomento aos movimentos de autoanálise e auto-gestão. O primeiro é caracterizado como um movimento através do qual os coletivos passam a pensar e refletir sobre seus problemas, enquanto o segundo remete à construção de estratégias de resolução dos problemas, dentro do próprio coletivo. Lourau (1993) afirma que a construção da autoanálise e da autogestão exige tempo para ocorrer, não sendo um processo simples. Afirma ainda a possibilidade de outros movimentos, como

o de co-gestão, que implica no aumento do grau de participação dos grupos na análise e gestão de processos, mas dentro de algumas limitações ou parâmetros pré-estabelecidos, como é o caso de nossa pesquisa, guiada por uma temporalidade externa ao próprio campo – ou seja, a temporalidade relacionada à produção e defesa de uma tese.

Outra orientação presente na análise institucional diz respeito à restituição, que consiste em estabelecer devoluções e discussões junto aos grupos aos quais o pesquisador está vinculado.

A partir dessas colocações, considero possível fazer a afirmação de uma abordagem de pesquisa que se constitui como uma genealogia em ato. Buscamos na genealogia ferramentas que nos possibilitem interrogar, problematizar, desnaturalizar. No interacionismo, um modo de olhar que nos possibilite fazer a desnaturalização através do próprio presente, em situações de interação. E na análise institucional, contribuições para pensar a interação em campo, a perspectiva de intervenção, a relação ética com os participantes através de movimentos como o de restituição. Visamos à desnaturalização de determinados fenômenos e processos. Porém, essa desnaturalização ocorre em ato, com os atores e grupos posicionados em determinado cenário, no momento em que o fenômeno ou ação está ocorrendo. Espera-se uma reflexividade da relação entre participantes da pesquisa e pesquisador, onde um intervém sobre o outro. A intervenção constitui-se como uma possibilidade de constituir desvio ou interrogação, inseridas no percurso histórico do acontecimento, sobre os participantes da cena.

Compreendemos que existem diferentes graus de intervenção, sendo que o almejado em nossa pesquisa não se refere necessariamente ao alcance de uma meta pré-definida, mas sim a ampliação do grau de comunicação entre os participantes, a expressão de pontos de divergência ou convergência no grupo, a formulação de problemas para o grupo e a ampliação do grau de reflexão e compreensão sobre o tema.

Rocha e Aguiar (2003) consideram a pesquisa-intervenção como um dispositivo de transformação da realidade, tendo como perspectiva interrogar os múltiplos sentidos cristalizados nas instituições (ROCHA, AGUIAR, 2003). Ela se constitui como ação desnaturalizadora, colocando em análise os efeitos das práticas no cotidiano do trabalho em saúde. Concebe, ainda, que o processo de pesquisa transforma não só o objeto investigado, mas também o próprio pesquisador (PAULON, 2005; ROCHA, AGUIAR, 2003).

Entre as ferramentas conceituais do institucionalismo destacamos a noção de instituição, compreendida como um conjunto de regras e lógicas de funcionamento que se insinuam sobre a

conduta e o comportamento dos grupos sociais (BAREMBLITT, 1996; GUIRADO, 1987). A instituição diferencia-se da organização e do estabelecimento, que vêm a ser a dimensão concreta através das quais as instituições operam. As noções de instituído e instituinte, desenvolvidas por René Lourau e Georges Lapassade, também são fundamentais para a compreensão dos processos pelos quais as instituições assumem aspectos de cristalização ou de movimento e transformação. O instituído remete à dimensão de estabilidade, organização e cristalização, enquanto o instituinte remete a movimentos de transformação e ruptura com o que estava estabelecido (BAREMBLITT, 1996; LOURAU, 2004b). A instituição surge como o produto da confrontação entre o instituído e o instituinte (HESS, 2007). Apesar de aparentemente dicotômicos, esses conceitos não podem ser analisados separadamente, senão enquanto um par conceitual, relacional. Os movimentos instituintes levam ao instituído, enquanto os instituídos requerem movimentos instituintes. Entendemos que a presença de estigmas relacionados à Aids no território de trabalho de equipes de ESF, por exemplo, constituem um aspecto instituído da realidade, sendo necessários movimentos instituintes que disparem processos de desconstrução e problematização, tensionando a lógica instituída.

Pensamos que essa perspectiva teórico-metodológica seja adequada à questão que buscamos investigar. Como enfatizamos no início do projeto, partimos da compreensão da Aids como fenômeno social, atravessado por significados sociais e historicamente constituídos. O institucionalismo fornece ferramentas para a compreensão, análise e problematização desses significados, abrindo a possibilidade de construção de novos significados, em consonância com princípios éticos.

Guizardi, Lopes e Cunha (2011) afirmam que a análise institucional auxilia na compreensão e análise de políticas públicas que apresentam aspectos inovadores. Segundo os autores, mesmo com desenhos inovadores, algumas políticas de saúde acabam mantendo, na prática cotidiana dos serviços, certas orientações que a própria política buscava combater. A análise institucional, através de suas ferramentas conceituais, auxilia justamente a identificar processos de permanência, assim como processos de ruptura de determinados instituídos. Tendo em vista que nossa investigação aborda um processo de mudança no campo da atenção em HIV-Aids, desencadeada pelo processo de descentralização, pensamos que tal abordagem pode fornecer importantes instrumentais analíticos.

Esta perspectiva teórico-metodológica privilegia o acompanhamento de processos, e não a constatação de estados de coisas. Nesse sentido, torna-se interessante ao acompanhamento do processo de descentralização, seus movimentos de ruptura ou continuidade e o que é explicitado sobre a tensão entre território e estigma.

Por fim, cabe salientar que utilizamos a pesquisa-intervenção mais como uma inspiração do que como um modelo propriamente dito. Até mesmo porque não existia, no início do processo, uma demanda de intervenção por parte da equipe de ESF participante da pesquisa a qual buscávamos responder. Existia uma demanda do pesquisador em relação à compreensão de determinado processo em curso, sendo o processo de descentralização analisado como uma espécie de caso-analisador, possibilitando abrir as linhas de constituição do fenômeno.

Nesse sentido, buscamos discutir e evidenciar a existência de uma coerência entre o problema de pesquisa e o método, o que exigiu uma construção teórico-conceitual, mais do que a “aplicação” de um método já constituído.

4.2. PROCEDIMENTOS

4.2.1. Critérios para a Escolha da Unidade de ESF.

Os critérios considerados para a escolha da equipe de ESF foram: 1) Fazer parte da gerência distrital Partenon-Lomba do Pinheiro – a qual possui maior incidência de Aids em Porto Alegre²² e na qual desenvolve-se o projeto de descentralização da atenção em HIV-Aids; 2) A facilidade de acesso à equipe em decorrência de um vínculo já estabelecido.

Em relação à escolha da equipe, já possuíamos contato informal com profissionais de uma Unidade de Saúde da Família-USF localizada na gerência distrital Partenon-Lomba do Pinheiro. Foi realizado contato com esta profissional, que sugeriu a apresentação da proposta de pesquisa à equipe, seguida pelo convite de participação na pesquisa. A apresentação ocorreu durante uma reunião de equipe, na qual estavam presentes quase todos os profissionais. A equipe se mostrou

²² Na ocasião da proposição do projeto, levamos em consideração o Boletim Epidemiológico da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre que indicava esta gerência como a de maior incidência (SMS, 2008). Em um boletim mais recente (STELLA; QUALISONI; MOISYN, 2011), esta gerência aparece em segundo lugar, atrás da Gerência Distrital Centro. Esse mesmo boletim apresenta um mapa da cidade indicando o Bairro Partenon como o que apresenta o maior número de casos de Aids diagnosticados entre 1983 – 2010, situando-o na faixa entre 770 e 900 casos diagnosticados.

receptiva, principalmente em decorrência da pesquisa incluir a participação de usuários. Isso levou um dos profissionais a dizer que a pesquisa faria aquilo que eles não estavam conseguindo fazer, ou seja, ter acesso à percepção dos usuários sobre as ações desenvolvidas na unidade de saúde. Esta equipe foi uma das que realizou o maior número de ações de testagem anti-HIV desde a implantação do projeto de descentralização, apresentando alto grau de aderência às ações propostas²³. É composta por três equipes de ESF, possuindo um grande contingente de profissionais, totalizando: 3 médicos, 3 enfermeiros, 6 técnicos de enfermagem, cerca de 15 Agentes Comunitários de Saúde, além dos profissionais responsáveis pela recepção, administrativo e segurança. Esta unidade também é campo da Residência Integrada em Saúde da Escola de Saúde Pública do RS, na ênfase em saúde da família, recebendo residentes multiprofissionais. Além disso, o projeto também foi apresentado à direção da gerência distrital Partenon-Lomba do Pinheiro, à qual coube a assinatura do Termo de Concordância Institucional.

4.2.2. Dispositivos de Produção de Dados

A perspectiva institucionalista tem sido utilizada para a elaboração de diagnósticos de contextos específicos. Sendo assim, com vistas à operacionalização de nossa pesquisa, propomos os seguintes dispositivos de produção de dados:

- grupos-focais com os profissionais da ESF, assim distribuídos:
 - 1 grupo focal com os profissionais de nível superior (médicos, enfermeiros, dentistas); (Roteiro – Anexo 1).
 - 1 grupo focal com técnicos de enfermagem; (Roteiro – Anexo 1).
 - 1 grupo focal com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS; (Roteiro – Anexo 1).
- entrevista com o gestor da política de Aids no município de Porto Alegre; (Roteiro – Anexo 2).
- entrevista com um profissional da equipe de matriciamento das ações em HIV-Aids, referência para a unidade de saúde da família escolhida para a pesquisa; (Roteiro – Anexo 3).

²³ Em abril/2012 o pesquisador pode acompanhar uma reunião que teve como finalidade fazer uma primeira avaliação das ações de descentralização. Participaram desta reunião: os gestores da política municipal de Aids, equipe de matriciamento, representantes da gerência distrital e um representante de cada equipe de Atenção Básica da gerência distrital Partenon-Lomba do Pinheiro. Nesta reunião, foram apresentados a quantidade de exames realizados em cada unidade e o número de resultados positivos. As equipes também fizeram uma avaliação dos aspectos favoráveis e desfavoráveis do processo, os quais foram apresentados ao grande grupo e discutidas.

- entrevistas individuais, semi-estruturadas, com pessoas diagnosticadas com HIV pela equipe de ESF; (Roteiro – Anexo 4).
- entrevistas individuais, semi-estruturadas, com usuários que realizaram o teste rápido para HIV na unidade de ESF; (Roteiro – Anexo 5).
- entrevista com representante do Conselho Local de Saúde. (Roteiro – Anexo 6).
- observação participante do aconselhamento pré-teste coletivo, realizado na unidade de ESF;
- visitas ao território de atuação da unidade de saúde.

A constituição dos grupos focais levou em consideração o critério de homogeneidade (categorias profissionais), número de participantes e espaço físico disponível para a realização dos grupos. Através da divisão realizada, cada grupo teve de 5 a 8 participantes. Diferentemente da entrevista, os grupos focais possibilitam a apreensão de percepções, sentimentos, opiniões em situação de interação, o que permite a emergência de discussões, a possibilidade de convergências ou divergências, a reflexão a partir do que outro membro do grupo explicita (TRAD, 2009; MINAYO, 1992).

A perspectiva do Conselho Local de Saúde – CLS foi inserida durante o processo de pesquisa, considerando-se que sua importância no processo de descentralização foi apontada pela gestão e pelos profissionais da equipe de ESF. A indicação do representante do CLS foi feita pela coordenação da USF.

No período de 21/12/2012 a 05/04/2013 ocorreram 12 turnos de aconselhamento/teste-rápido na unidade de ESF, dos quais participamos de 8 turnos, fazendo a observação do grupo de aconselhamento pré-teste, ao final do qual era realizado o convite para a participação na pesquisa. Nesses 8 turnos compareceram 31 usuários, sendo que todos foram convidados a participar da pesquisa. Entre esses, 19 aceitaram participar. Aos que aceitavam participar, era dada a escolha de realizar a entrevista no intervalo entre o aconselhamento pré-teste e o teste rápido/aconselhamento pós teste, ou participar da entrevista após o teste rápido/aconselhamento pós teste.

Quanto às entrevistas com as pessoas já diagnosticadas e em acompanhamento na unidade, foi realizado um levantamento prévio de quantas pessoas haviam sido diagnosticadas na unidade de ESF desde o início do processo de descentralização. Posteriormente, foi realizada uma entrevista com uma profissional da equipe que forneceu algumas informações sobre características das pessoas diagnosticadas. Esta profissional fez contato telefônico com esses usuários, informando

sobre a realização de uma pesquisa na unidade de saúde e solicitando autorização para que o contato daquela pessoa fosse disponibilizado para o pesquisador. Das 13 pessoas diagnosticadas no período, apenas 3 conseguiram ser contatadas, as quais se disponibilizaram a participar da pesquisa. Apesar disso, uma delas apresentou várias dificuldades e não pode participar da entrevista.

Os grupos focais e entrevistas foram precedidos pelo preenchimento de uma ficha de caracterização dos participantes (Anexo 7).

O grupo focal e as entrevistas com os usuários foram realizados na unidade de ESF.

O quadro abaixo sintetiza os participantes acessados e os procedimentos realizados.

Posição	Participantes		Quantos	Procedimento(s)
Usuários	Usuários que realizaram o teste/aconselhamento		19	Entrevista
	Usuários diagnosticados com HIV na ESF		2	Entrevista
Trabalhadores	Equipe ESF	Médicos, Enfermeiros e Dentista	6	Grupo focal
		Técnicos de Enfermagem	5	Grupo focal
		ACS	8	Grupo focal
	Matriciamento		1	Entrevista
Gestão	Representante da Gestão		1	Entrevista
CLS	Representante do Conselho Local de Saúde - CLS		1	Entrevista
	Área adscrita ESF		2 turnos	Observação
	Espaço da unidade de ESF e Aconselhamento pré teste coletivo		8 turnos	Observação

Esta etapa foi realizada entre dezembro de 2012 e maio de 2013.

A restituição foi realizada em julho de 2013.

Restituição	
Toda a equipe de ESF	2 Encontros (Grupos)

4.2.3. Registro dos Dados.

As entrevistas e grupos focais foram gravados e transcritos. A gravação ocorreu sob consentimento dos participantes. O registro das observações foi realizado no diário de campo do

pesquisador. O material gravado e transcrito ficará sob a guarda do pesquisador responsável por 5 anos. As observações foram registradas no diário de pesquisa.

4.3. Questões Éticas

A pesquisa segue os preceitos da resolução 196/1996²⁴, do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa somente teve início após a aprovação dos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e da Secretaria de Saúde de Porto Alegre. A participação nas entrevistas e grupos focais teve caráter voluntário e ocorreu mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Anexos 8 a 11).

4.4. Caracterização dos Participantes:

Em relação as 2 PVHA entrevistadas, as duas são mulheres. A primeira delas será identificada como PVHA 1, tem 18 anos, estudou até a 4ª série e teve o diagnóstico de HIV há cerca de 4 meses²⁵. Relatou ter feito uma consulta em um hospital em função de uma íngua na perna que lhe causava fortes dores. No hospital foi encaminhada para a unidade de saúde de sua referência, onde foi solicitado o exame anti-HIV. Como o teste não era realizado na sua unidade de referência, procurou outra unidade próxima (no caso, a unidade onde realizamos a pesquisa), no dia 1º de dezembro. Após seu diagnóstico, houve a separação de seu companheiro e seu retorno para a casa dos seus pais em Viamão, onde vive atualmente.

A PVHA 2 tem 36 anos, também estudou até a 4ª série e trabalhou durante alguns anos no setor de higienização de um hospital. No momento da realização da entrevista encontrava-se afastada do trabalho, em decorrência de ter desenvolvido transtorno do pânico (o que é anterior ao seu diagnóstico de HIV). Disse não recordar muito bem quando recebeu o diagnóstico de HIV, mas achava que tinha sido em 2011 ou 2012.

Em relação aos **19 entrevistados que realizaram o diagnóstico de HIV** na unidade de saúde encontramos as seguintes características:

²⁴ Em 12 de dezembro de 2012 foi publicada a resolução nº 466/2012, que passou a regulamentar a pesquisa em saúde. No entanto, mantivemos a citação da resolução 196/1996, pois é a que foi utilizada na submissão ao comitê de ética em pesquisa, realizada em meados de 2012.

²⁵ Diagnóstico no dia 01/12/2012 e entrevista realizada no dia 03/04/2013.

- 15 mulheres (9 gestantes / 6 não gestantes) e 4 homens;

Em relação a faixa etária, a maioria dos participantes era jovem:

- 7 pessoas tinham 20 anos ou menos;
- 8 pessoas tinham entre 21 e 30 anos;
- 3 pessoas tinham entre 31 e 40 anos;
- apenas uma pessoa tinha mais de 41 anos.

O participante mais novo tinha 17 anos, enquanto o participante mais velho tinha 60 anos.

Em relação à escolaridade:

- 1 (um) dos participantes era não escolarizado,
- 3 participantes tinham ensino fundamental incompleto,
- 3 com ensino fundamental completo,
- 5 com ensino médio incompleto e
- 5 com ensino médio completo.
- 2 (dois) participantes não especificaram a escolaridade.

Em relação aos **profissionais de nível superior da equipe de ESF** que participaram do grupo focal, estavam: 2 médicos, 3 enfermeiros e 1 dentista. O terceiro médico da equipe não participou do grupo pois estava em férias naquele momento. Entre os 6 profissionais, 3 eram do gênero masculino e 3 do gênero feminino. Quanto à formação, 5 concluíram a graduação em instituições públicas federais e apenas 1 em instituição privada. Em nível de pós-graduação, apenas 1 deles não realizou nenhuma pós graduação, enquanto os outros 5 concluíram especializações na modalidade “Residência Médica” ou “Residência Multiprofissional”, na área de Saúde da Família / Atenção Básica. Todos os participantes tiveram experiência de trabalho anterior ao ingresso na unidade de saúde. O ingresso na unidade de saúde pesquisada ocorreu em 2009 para 2 trabalhadores; segundo semestre de 2011 para um deles; 2º semestre de 2012 para 2 deles e em 2013 para um dos trabalhadores, configurando atuações recentes na unidade. A questão do ingresso na unidade tem relevância no sentido de compreender o processo de descentralização, que foi iniciado em 2011. Portanto, dos 6 profissionais que participaram do grupo focal, 3 acompanharam o processo de descentralização desde o início, enquanto os outros 3 ingressaram na unidade quando o processo já estava incorporado na rotina da unidade. A equipe é formada por profissionais jovens, nascidos entre os anos de 1977 e 1983 (portanto, entre 29 e 35 anos).

É necessário considerar que estes profissionais participaram do grupo focal, representando a equipe naquele momento da realização da pesquisa. Porém, desde que o processo de descentralização teve início (portanto, entre novembro/2011 e janeiro/2013), outros 3 enfermeiros já haviam trabalhado na unidade, assim como outros médicos. A rotatividade profissional mostrou-se como uma realidade nesta equipe, em decorrência da substituição do órgão que realiza a contratação dos profissionais para atuação na ESF e em decorrência da solicitação de remoção de profissionais para outra(s) unidade(s), sendo esperado que mais mudanças na equipe ainda viessem a ocorrer.

No grupo focal com os **ACS**, participaram 7 mulheres e 1 homem. A idade deles variou entre 19 e 38 anos, sendo que a maioria dos ACS estava na faixa entre 20 e 30 anos de idade (quatro). Em relação ao tempo de atuação como ACS, 4 trabalhavam na unidade desde 2009 enquanto os outros 4 trabalhavam na unidade desde o segundo semestre de 2012, configurando atuações recentes na unidade.

No grupo focal com os **técnicos de enfermagem** participaram 5 mulheres, na faixa dos 28 aos 34 anos. Todas possuíam experiências de trabalho anterior à entrada na equipe, algumas em hospitais e outras em unidades de saúde. Uma das técnicas de enfermagem trabalha na unidade desde 2011, sendo a única a ter acompanhado o início do processo de descentralização. As demais entraram em 2012, uma no primeiro semestre e as outras 3 no segundo semestre.

A equipe de ESF, em seu conjunto, foi descrita pelos seus integrantes, assim como pela gestão e matriciamento, como possuindo alguns diferenciais. No tocante à atenção em HIV-Aids, foi uma das equipes com maior adesão ao processo de descentralização. Como característica de funcionamento, é descrita como uma equipe flexível em relação a organização do processo de trabalho, sendo porosa às demandas gerais que lhe chegam. Foi descrita por um dos participantes da pesquisa como uma “equipe mobilizada”, com uma “coordenação firme”, “que incentiva”; além disso, como uma equipe que tem a compreensão da ESF como porta de entrada do sistema e que soube inserir o controle social na divulgação das ações.

A **equipe de matriciamento** é composta pelos profissionais que atuam em um serviço especializado vinculado à Secretaria de Saúde do Estado, composto por um CTA e um SAT, que são referências para os bairros Partenon e Lomba do Pinheiro. Cinco profissionais compõem a equipe de matriciamento, com formações distintas (psicólogos, assistentes sociais, enfermeiro e

cientista social). A gerência distrital é composta por 22 unidades, que foram divididas em eixos, sob responsabilidade de um ou dois profissionais da equipe de matriciamento:

- Eixo A – Partenon: 6 equipes; profissional matriciamento K;
- Eixo B - Lomba do Pinheiro: 8 unidades; profissionais matriciamento X e Y;
- Eixo C – Bento: 8 unidades; profissionais matriciamento W e Z.

Esses profissionais fazem o planejamento e execução das capacitações que dão início ao processo de descentralização para as unidades, além de acompanhar o trabalho desenvolvido posteriormente nestas unidades através de uma reunião mensal, na qual comparecem os coordenadores das unidades de referência. Nestas reuniões são discutidos casos elencados pela equipe de ESF ou pelo profissional do matriciamento, remetendo ao acompanhamento da situação de alguns usuários, busca de “faltosos”, discussão de aspectos sobre os fluxos e sobre questões que geram dúvidas. Também estava prevista a realização de reuniões entre a equipe de matriciamento. Porém, estas não vêm ocorrendo, em parte pelo fato de os participantes da equipe apresentarem visões diferentes em relação à concepção e ao fazer do matriciamento.

O profissional entrevistado corresponde à referência pelo eixo no qual situa-se a unidade de saúde participante de nossa pesquisa. Esse profissional atua no serviço desde 2011, mas possui experiência anterior de cerca de 10 anos em outro CTA do município de Porto Alegre, além de atuação relacionada à clínica do uso de álcool e outras drogas, caracterizando um grande período de acúmulo no campo da atenção em HIV-Aids.

O representante da **gestão** é do gênero masculino e afirma ter sua raiz no movimento social da Aids, no qual é militante desde a década de 1980. Já havia feito parte da composição da primeira gestão da política de Aids no município de Porto Alegre, na década de 1990, além de militar para a fundação do Grupo de Apoio a pessoas com Aids - GAPA na década de 1980 e para a manutenção do mesmo nos anos seguintes.

Em relação ao **Conselho Local de Saúde (CLS)**, o entrevistado foi um homem, na faixa dos 50 anos, que atua como conselheiro há cerca de 12 anos, sendo considerado a principal referência e liderança local. Relata inicialmente que o CLS tem um importante papel na cobrança de melhorias no acesso à saúde e de mobilização da população em torno de demandas emergentes relacionadas à saúde. Como exemplo, cita o caso das mais de 3000 assinaturas coletadas para ter um guarda fazendo vigilância da unidade de saúde e sobre a mobilização para a permanência de um dos médicos na unidade de saúde. Segundo relata, poucas pessoas participam das reuniões

periódicas do CLS. Apesar disso, algumas situações-problema dispararam as mobilizações abrangendo um maior número de pessoas. A função do CLS seria, ainda, a de promover reuniões e “discutir o posto e o que está faltando por aqui”.

4.5. Restituição

Também entendemos ser um preceito ético a restituição dos dados da pesquisa aos seus participantes, sendo a mesma realizada nos meses de julho e agosto de 2013. Coimbra, Scheinvar, Ayres e Nascimento (2005, p. 133-134) afirmam que “a restituição é um procedimento intrínseco à pesquisa visto ser um dispositivo que permite à população pesquisada escapar do lugar instituído de “objeto” e ao pesquisador sair da posição de “neutralidade” instituída como científica”.

A diferença entre a devolução dos dados e o processo de restituição é que este último serve como um momento para discutir o processo de pesquisa e avaliar as implicações e sobreimplicações (COIMBRA; NASCIMENTO, 2005). Não se trata de devolver aos participantes a conclusão verdadeira e última a qual o pesquisador chegou. Mas expor certa perspectiva de análise do fenômeno em questão, passível de ser questionada, discutida, etc. Esta perspectiva busca ainda incidir sobre a população participante do estudo, levantando interrogações, problemas e assim por diante. Portanto, não se trata de uma etapa posterior à pesquisa, mas sim inserida em seu próprio processo.

A restituição ocorreu através da realização de dois grupos de discussão com a equipe de ESF. As temáticas foram definidas após a análise parcial dos resultados da primeira etapa da pesquisa. O primeiro encontro iniciou com a rerepresentação da pesquisa, considerada necessária em decorrência das mudanças ocorridas na equipe. Em seguida, houve a apresentação de uma sistematização dos dados, com base principalmente nas entrevistas feitas com os usuários. Levamos em consideração a expectativa da equipe em relação ao conhecimento da percepção dos usuários sobre as ações desenvolvidas na unidade de saúde. A partir dessa apresentação, os profissionais puderam repensar alguns aspectos do processo de trabalho, assim como propor a manutenção de outros. No segundo encontro, a equipe foi dividida em 3 subgrupos, aos quais foram distribuídos relatos de situações (ANEXO 8) emergentes na pesquisa para serem discutidos no pequeno grupo e posteriormente no grande grupo. Foram eleitas situações envolviam controvérsias ou interrogações à pesquisa, levando-nos a colocar tais situações em discussão na equipe, no sentido

de aumentar o grau de reflexão da mesma sobre tais aspectos. A restituição fomenta a transversalidade (GUATTARI, 1987), compreendida como a ampliação do grau de comunicação nos grupos (BRASIL, 2008b).

Em decorrência da rotatividade de profissionais na equipe, muitos participantes da primeira etapa não estavam mais na equipe neste momento da restituição, assim como alguns que não participaram da primeira etapa estiveram presentes na restituição. Das cinco técnicas de enfermagem que participaram do grupo focal na primeira etapa, apenas uma permanecia na unidade no momento da restituição²⁶. Nesse sentido, a restituição, para alguns integrantes, adquiria um sentido de ‘retorno’ em relação a um processo vivenciado, enquanto para outros constituía-se como o primeiro contato com a pesquisa.

Os encontros ocorreram na unidade de ESF, no horário que corresponde ao componente “educação permanente” da equipe. O primeiro encontro teve duração de cerca de 2h30min, enquanto o segundo encontro teve duração de cerca de 1h:30min. Todos os integrantes da equipe foram convidados a participar, inclusive os residentes multiprofissionais. Foi explicitado o caráter voluntário da participação. Os encontros foram realizados na sala de espera da unidade de saúde, local onde são realizadas as reuniões de equipe. Os encontros foram gravados e transcritos.

4.6. Análise da Implicação: as Posições Ocupadas no Campo

A ‘análise de implicação’ é um conceito que expressa a inexistência de neutralidade do pesquisador. Ao postular a impossibilidade de neutralidade do pesquisador, a análise institucional propõe uma explicitação das implicações do pesquisador com seu campo de investigação, desenvolvendo a noção de “análise de implicação” (LOURAU, 2004a; MONCEAU, 2008; PAULON, 2005). Monceau (2008) compreende a análise de implicação como a análise das relações que indivíduos desenvolvem com as instituições. Ela não é algo que o pesquisador deseja ter ou não, o que justifica a preocupação com o modo de implicação e não com a sua existência ou

²⁶ Apesar de não se constituir como foco de análise, destacamos a necessidade de estudos que possam analisar os efeitos da rotatividade de profissionais sobre a atenção das equipes da Estratégia Saúde da Família – ESF. Os dados encontrados em nossa pesquisa sugerem uma descontinuidade de algumas ações (por exemplo: há períodos em que o teste deixou de ser realizado; há também ações de vigilância iniciadas por um profissional e interrompidas após sua saída), ruptura de vínculos entre trabalhadores e usuários, fragmentação de informações referentes a usuários, dificuldades na efetivação do princípio de longitudinalidade do acompanhamento (por exemplo, um profissional que não está mais na unidade de saúde realizou alguns diagnósticos, não havendo informações sobre como foi o diagnóstico e os desdobramentos do caso), entre outros aspectos.

não. Analisar a implicação não se confunde com fazer uma análise subjetivista, ou seja, dos sentimentos do pesquisador, de suas questões egóicas. Mas sim, analisar as posições ocupadas pelo pesquisador e suas vinculações, que o posicionam de determinado modo nas relações sociais.

Um dos modos de analisar a implicação é perguntar-se pelo lugar ocupado ou pelo lugar no qual o pesquisador é reconhecido ao colocar-se em relação com os participantes da pesquisa. Essa interrogação me leva a pensar em pelo menos três posições: a de pesquisador, a de especialista e a de psicólogo. Certamente existiram outras, as quais ainda não pude reconhecer ou as quais decidi não privilegiar neste momento de análise²⁷. E, certamente, essas posições se constituem como atravessamentos, numa relação de sobreposição e não de exclusão uma em relação às demais.

Durante a observação dos aconselhamentos pré-teste, percebi que houve uma alternância no modo como fui posicionado na relação com os profissionais que desenvolviam a ação. Lembrome de dois profissionais, em especial, que proporcionavam oportunidades para que eu participasse do aconselhamento. Ao me apresentarem ao grupo, diziam que eu poderia ficar à vontade para falar alguma coisa e participar. Durante o aconselhamento também perguntavam “não sei se tens alguma coisa para acrescentar também, Gustavo?”. Assim, convocavam a uma posição não só de observação, mas de participação no grupo. Nesse sentido, remetiam a posição “profissional da área” ou “especialista”, identificada com a posição do suposto saber, de quem sabe e teria algo a dizer que o outro não sabe ou não tem acesso. Essa posição relacionava-se também com o meu histórico de atuação em um CTA. Por outro lado, existiam outros profissionais que buscavam realizar a ação como realizariam supostamente se eu não estivesse ali, posicionando-me como pesquisador. Ou seja, como alguém que está ali na posição de investigação, buscando conhecer como um fenômeno ocorre, sem ser convocado a participar ativamente do mesmo. Por outro lado,

²⁷ Nesse sentido, situo outros importantes marcadores que transversalizam o modo como é possível me posicionar nas relações sociais: homem, branco, classe média e heterossexual. Esses quatro marcadores evidenciam expectativas normativas relacionadas ao sexo, cor, classe social e orientação sexual, que constituem modos de constituir o mundo ao meu redor. Ao não ser pardo ou preto, nunca vivi a discriminação em relação à cor; também nunca vivenciei a discriminação por ser pobre, nem a desigualdade por ser mulher, nem ‘olhares avessos’ por ser homossexual. Apesar disso, tive uma formação possibilitou colocar estes aspectos em análise. Ao mesmo tempo, ser homem pode ter possibilitado algumas aproximações (como em relação ao usuário 09, que conversou comigo na entrevista como se estivesse “falando com um amigo, ‘papo de homem’”, revelando ainda um constrangimento maior na presença de mulheres para falar sobre aspectos da sexualidade) ou distanciamentos (no caso de usuárias mulheres que possivelmente nem sempre sentiram-se à vontade para falar sobre aspectos da sexualidade). Trata-se de uma “análise genericada de implicação”, conforme contribuição do professor Henrique Nardi. A decisão por privilegiar alguns marcadores para a análise neste item não responde a uma maior ou menor importância de um em relação ao outro, senão a uma escolha dos marcadores que se tornaram questão durante a realização da produção de dados, demandando elaboração. Além disso, este ponto da tese não tem como pretensão uma análise exaustiva do assunto.

muitas vezes a equipe me apresentava também aos usuários da unidade como “psicólogo” que estava fazendo uma pesquisa. Esta posição estava mais identificada com temáticas como o próprio processo de estigmatização, que remetia a uma dimensão da “interioridade psicológica”.

No contato com os usuários, houve também uma alternância de posições. Houve um grupo de aconselhamento pré-teste no qual, após o grupo, fiquei na sala junto aos usuários aguardando enquanto cada um deles era encaminhado para o procedimento do teste. Após apresentar a pesquisa e perguntar se alguém se dispunha a participar, nenhum usuário se dispôs. Apesar disso, permaneci na sala e uma conversa informal surgiu no grupo, por iniciativa de uma das usuárias que havia ficado com uma dúvida sobre o HPV e me perguntou sobre o mesmo. Nesse diálogo, outras perguntas surgiram também de outra usuária, assim como relatos sobre o estigma passaram a emergir, mesmo que eu não tivesse perguntado diretamente. Uma das usuárias contou, por exemplo, que seu avô não tomava chimarrão junto com outra pessoa caso soubesse que tinha HIV. Nesse momento grupal, era como se eu estivesse continuando a ação do aconselhamento pré-teste coletivo, sendo que questões que não surgiram no contato com a profissional que fazia o aconselhamento, surgiram ali, posteriormente. Esses usuários parecem ter recusado a minha posição enquanto pesquisador, mas reconheceram a posição de profissional da saúde, a ponto de desenvolverem questões e um diálogo neste momento de espera.

Em outros casos, o reconhecimento da posição psicólogo se fez presente. Por exemplo, quando questões relacionadas a sentimentos eram relatadas (como “fui rejeitado pela minha mãe quando eu nasci”) ou problemas de ordem da saúde mental (como o uso de drogas e as dificuldades em torno da abstinência), havendo uma expectativa de que eu pudesse auxiliar de algum modo. Houve situações que suscitaram a possibilidade de esclarecimento de informações ou dúvidas dos usuários, assim como a necessidade de realização de acolhimento e encaminhamento de algumas situações. A “posição psicólogo” também foi evidenciada na entrevista com uma das PVHA que relatou ter feito sua perspectiva sobre o que é um psicólogo. Até então ela associava a posição de psicólogo com a posição que sua mãe ocupava – alguém que apontava seu erro: “eu avisei que era para você se cuidar!”. Quando sua mãe lhe dizia precisar de um psicólogo, ela pensava: “mais um para dizer tudo o que já sei, ou o que eu devo fazer”. Após a entrevista, disse ter percebido a diferença entre “sua mãe” e “o psicólogo”, descolando a identificação que fazia entre os dois. Passou a reconhecer o espaço de diálogo e de escuta. É importante apontar que seria difícil, em

uma entrevista com um participante que se mostra mobilizado ao abordar o impacto do HIV em sua vida, não tomar também uma atitude de acolhimento.

Portanto, apesar de, naquele momento, eu ocupar uma posição de pesquisador, a posição psicólogo e a posição profissional da área da saúde se constituíam como transversalidades.

Através da análise de implicação, um aspecto que é ressaltado corresponde à transversalidade na produção do sujeito-pesquisador, constituído a um só tempo por múltiplos pertencimentos e referências. Estes múltiplos pertencimentos e referências não só nos posicionam diante do outro, como nos fazem perspectivar as relações através dessas posições. Portanto, o pesquisador também é impelido a perspectivar as relações ora como profissional, ora como professor, ora como pesquisador e assim por diante. Ao ser colocado à frente da necessária produção de uma tese, sob uma perspectiva analítico-crítica, também torna-se necessário evidenciar momentos em que estados de sobreimplicação se fizeram presentes. A sobreimplicação está relacionada à dificuldade de distanciamento crítico, tendo como efeito a própria dificuldade de colocar em análise as implicações (LOURAU, 2004a); não se trata de buscar uma posição de neutralidade, mas uma posição que possibilite enxergar para além do aparentemente dado, do óbvio. A posição de problematização do pesquisador muitas vezes entrou em tensão com a posição profissional que demanda respostas e soluções rápidas frente a um problema, exigindo assim uma análise constante da posição assumida. O exercício analítico também foi tornando evidente que alguns dados encontrados eram interessantes para a gestão ou para os trabalhadores. Mas não necessariamente compunham o corpus desta tese, exigindo o difícil exercício de depuração e seleção de material de modo a responder a problemática investigada e não necessariamente às múltiplas expectativas depositadas.

4.7. Análise dos Dados

Através dos dispositivos de produção de dados (grupos focais, entrevistas e observação), nossa intenção foi constituir analisadores, através dos quais fosse possível explicitar as várias linhas envolvidas na constituição de um fenômeno. Os analisadores são compreendidos como elementos da realidade que possibilitam a explicitação dos conflitos e suas estratégias de resolução. Permitem evidenciar tanto aspectos cristalizados e estabilizados quanto aspectos que se colocam em um campo de disputas e tensionamentos. São determinadas montagens que colocam em evidência as

forças em tensionamento na constituição de um fenômeno (BAREMBLITT, 1996). A análise dos dados remete à necessidade de descrever a emergência de analisadores e os aspectos que os mesmos possibilitam evidenciar, tendo em vista a problemática investigada. Trata-se de um modo de fazer operar a genealogia em ato.

Segundo Baremlitt (1996), existem os analisadores naturais ou históricos e os artificiais ou construídos. Os primeiros são aqueles que emergem no curso histórico de um processo, enquanto os outros são aqueles produzidos ou inseridos pelo pesquisador, visando produzir um campo de visibilidade. As entrevistas, grupos focais, observações são os dispositivos produzidos pela pesquisa para que um determinado campo de produção discursiva possa aparecer. Os analisadores, assim, podem constituir-se como os relatos dos participantes sobre o que percebem em torno do estigma relacionado à Aids, pode ser uma cena observada ou relatada por um participante, um caso relatado durante um grupo focal, uma disposição arquitetônica. Não remete apenas a coisas “ditas”, mas a qualquer elemento capaz de exprimir algo.

A emergência dos analisadores não segue uma previsibilidade, exigindo movimentos atencionais semelhantes aos descritos por Kastrup (2007). Nos utilizamos das contribuições da autora não só para pensar a relação do pesquisador no contato inicial com o campo, mas também para pensar o modo de proceder à análise do material produzido na pesquisa. A autora propõe a existência de quatro movimentos. Um deles é o de ‘rastreo’, que consiste em uma espécie de varredura do campo, exigindo uma atenção aberta e sem foco. Em nossa pesquisa, esse movimento consistiu na organização do material e leitura extensiva do mesmo. A organização ocorreu por categorias e procedimentos. Por exemplo: segmento usuários: leitura das 19 entrevistas; segmento equipe: leitura da transcrição do grupo focal 1, depois do grupo focal 2 e assim por diante. Segundo Kastrup (2007), este movimento envolve a delimitação de uma meta ou alvo, porém este não está previamente constituído, “ele surgirá de modo mais ou menos imprevisível, sem que saibamos bem de onde” (p. 18), pois não é a meta pré-determinada que guia essa leitura, mas sim, as relações com o problema de pesquisa. Outro movimento é o ‘toque’, “sentido como uma rápida sensação, um pequeno vislumbre, que aciona em primeira mão o processo de seleção”. Trata-se da percepção de uma variação, de que existe algo que deve ser focalizado, acionando o gesto de “pouso”, que indica um movimento de zoom, no qual passa-se a acessar uma nova escala, reconfigurando o campo de observação. Em relação ao nosso problema, são os momentos em que percebíamos que algo remetia ao estigma, seja em relação ao território, à sexualidade ou a outros aspectos não previstos

inicialmente. Por fim, Kastrup (2007) destaca o reconhecimento atento, que diz respeito às operações desencadeadas pela reconfiguração do território atencional. Trata-se de um “vamos ver o que está acontecendo”, que implica na abertura das linhas que constituem o processo em curso, os movimentos de tensionamento e os de estabilização. Esses movimentos permitem a emergência e seleção de dados para a análise. Esses movimentos são seguidos por novos movimentos de suspensão da atenção e “calibragem” da atenção. É necessário apontar que, a partir da primeira leitura realizada do material, foi produzido um novo material, lido novamente segundo os movimentos destacados acima. Nesse sentido, efetivam-se sucessivos movimentos de depuração dos dados. As leituras teóricas feitas concomitantemente a esse processo vão possibilitando uma afinação da análise.

Esse trabalho nos levou a constituir um primeiro eixo de caracterização do campo de intervenção, no qual descrevemos aspectos suscitados no processo de descentralização da atenção em HIV-Aids no município de Porto Alegre. Apesar de já indicar alguns pontos de análise relacionados às tensões na relação com o território ou com a sexualidade, possui uma característica mais descritiva, explorando diferentes aspectos que possibilitam caracterizar o processo em curso.

Posteriormente, constituímos duas linhas de análise, as quais se especificam em sublinhas. A primeira linha de análise é constituída em torno dos processos de estigmatização da Aids. Em um primeiro momento, a partir da posição-PVHA e usuários, destacamos quatro marcadores que incidem sobre os processos de estigmatização: a produção de relações de visibilidade/invisibilidade, a sobreposição de espaço-tempo, a familiaridade com a Aids e a familiaridade com os óbitos em decorrência da Aids. Em um segundo momento, partindo da posição-trabalhador e posição-gestor identificamos três variações discursivas que permeiam as relações com o diagnóstico de Aids: a estigmatização, a banalização e a politização.

Na segunda linha de análise, tomamos como foco as relações entre processos de estigmatização e território. Inicialmente, apresentamos alguns recortes de configurações territoriais da chamada “área adscrita” à unidade de ESF, com destaque aos chamados “becos”, analisados sob a perspectiva dos chamados “espaços vazios” ou “espaços não vistos”, “aglomerados de exclusão” e “territórios de vulnerabilidade”. São apresentados dados que nos permitem analisar a relação entre oferta de acesso à unidade de ESF e demandas da população, sendo estas relações caracterizadas tanto por consonâncias quanto por dissonâncias. Essa relação é ainda permeada por discursos que variam entre a perspectiva de fixação, de flexibilidade e de interrogação, as quais

serão caracterizadas e exploradas no trabalho. Seleccionamos ainda alguns casos-analisadores que permitem evidenciar as tensões frente ao aumento do fator de exposição das equipes de ESF aos modos de vida da população, os quais são problematizados através de conceitos como biopoder, reconhecibilidade e reconhecimento.

Com a intenção de preservar o sigilo das informações e, principalmente, dos participantes, os nomes foram substituídos por siglas, assim identificadas:

- Pessoas diagnosticadas na ESF: PVHA1, PVHA2.
- Usuários que realizaram o teste-rápido: Us. 1, Us. 2, , Us. 19.
- Profissionais de nível superior: Prof. 1, Prof. 2... Prof. 6.
- Agentes Comunitários de Saúde: ACS
- Técnicos de Enfermagem: Tec. Enf.
- Matriciamento: Matriciamento
- Gestor: Gestão.
- Conselho Local de Saúde: CLS

Também houve a omissão do nome de ruas citadas nas entrevistas, assim como de datas (dia, mês e ano) de diagnósticos realizados. Na descrição do território, buscamos manter o máximo de informações que pudessem caracterizá-lo para o leitor, sem, no entanto, apresentar algumas especificidades que pudessem colocar em xeque a identificação dos participantes.

SEGUNDA PARTE

Nesta segunda parte, apresentaremos os dados da pesquisa realizada, permitindo evidenciar o modo como o território adquire uma dimensão paradoxal na relação com os processos de estigmatização da Aids. Buscaremos analisar as relações e tensionamentos emergentes entre estigma e território no transcurso da descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica, através de três blocos.

O primeiro consiste na caracterização do processo de descentralização sob o ponto de vista de sua apreensão por diferentes pessoas que fizeram parte de sua operacionalização.

No segundo bloco, buscaremos evidenciar a atualidade e relevância do estigma no contexto da epidemia.

No terceiro bloco focalizaremos a discussão sobre o território. Partindo da compreensão do território como uma construção, analisaremos algumas de suas configurações como expressão de modos de vida da população – vidas precárias e invisibilizadas. Por outro lado, a utilização do território como ferramenta do processo de trabalho das equipes de saúde possibilita lançar sobre ele um novo olhar, transformando-o e inserindo-o em um campo de visibilidade. É nesse ponto que apresentamos os dados que indicam a existência de aspectos que tensionam a relação entre estigma e território, evidenciando o seu caráter paradoxal. Afirmar a dimensão paradoxal do território implica na compreensão de que ele não encerra um único sentido, mas a possibilidade de coexistência de sentidos múltiplos e contraditórios.

1. O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM HIV-AIDS.

Ao longo da construção desta tese, abordamos o processo de descentralização em dois momentos. No primeiro, dentro do tópico “1. A Construção do Processo de Pesquisa” (p. 14), destacamos elementos de um contexto específico – a proposta de descentralização no município de Porto Alegre – para compor e, ao mesmo tempo, justificar um campo problemático. Em um segundo momento, no tópico “3.3.1. O Território como Operador da Atenção na ESF, as Relações de Poder e os Processos de Inclusão/Exclusão” (p. 65), apresentamos aspectos referentes ao processo de descentralização do ponto de vista histórico e macropolítico, ressaltando as condições para a transição de um modelo centralizado nos serviços especializados para um modelo descentralizado ou matriciado. Ao mesmo tempo, introduzimos a compressão do componente espacial da descentralização, que possibilita um novo modo de apropriação e uso do território, colocando-o em evidência como um conceito a ser problematizado.

Neste tópico, propomos caracterizar o processo de descentralização, não apenas enquanto uma proposta ou um marco em uma portaria, mas do ponto de vista de sua apreensão por diferentes pessoas que fizeram parte de sua operacionalização. Desse modo, poderemos acessar uma dimensão mais microfísica do processo de descentralização, no qual consideramos possível dar visibilidades às tensões que emergem na relação entre a política pública, gestores e trabalhadores em saúde. Buscaremos especificar alguns tensionamentos relacionados à dimensão do estigma, sexualidade e território, além de outros considerados secundários, mas que não podem deixar de ser considerados, pois orbitam o processo em análise.

A pesquisa ocorreu, temporalmente, em um momento singular: no transcurso do processo de descentralização da atenção em HIV-Aids. Consideramos esse momento privilegiado, pois a sua análise permite evidenciar as forças e argumentos favoráveis à mudança; as forças e argumentos contrários à mudança; os receios e medos despertados; os problemas inesperados; e, por fim, os efeitos produzidos ao longo deste processo.

1.1. O(S) PONTO(S) DE INÍCIO DO PROCESSO: À QUE RESPONDE A DESCENTRALIZAÇÃO?

Existem diferentes pontos de início do processo de descentralização, conforme as posições ocupadas pelos participantes da pesquisa. Esses pontos constituem-se tanto como pontos em paralelo quanto pontos que se encontram em determinados momentos, aos quais buscaremos explorar.

1.1.1. Pontos de início 1 e 2.

Situamos este como o primeiro ponto em decorrência de ele remeter a um desejo e à discussão anterior ao processo de descentralização desencadeado em 2011. Por volta de 2008/2009 houve a proposição de um processo de descentralização para as equipes de Atenção Básica do Murialdo e do Grupo Hospitalar Conceição²⁸, a partir da coordenação estadual de DST-Aids. Esta proposta envolvia a capacitação dos profissionais médicos para o atendimento das PVHA, buscando sensibilizá-los para a compreensão da Aids como doença crônica. Porém, tal proposta teve pouca aderência dos profissionais, “dos caras dizerem ‘não, mas não vou conseguir’, ‘bah, interação medicamentosa’ e não sei o que, muito pânico em relação ao antirretroviral” (Matriciamento). Essa proposta consistiu em uma experiência com caráter mais isolado, “não era uma coisa organizada, assim, como serviço de saúde, como agora” (Matriciamento) e acabou não tendo prosseguimento.

Em 2011 as discussões sobre um processo de descentralização foram retomadas por duas vias. O Serviço de Atendimento Terapêutico – SAT/Partenon vinha desenvolvendo a proposta de capacitação das equipes de Atenção Básica para o atendimento de pacientes assintomáticos, com o objetivo de diminuir o fluxo de atendimento médico no serviço especializado: “como a gente estava com muita demanda de pacientes, casos preocupantes, que precisavam de atendimento mais especializado e outros que vinham aqui só para renovar exame e não sei o que, a gente pensou: isso a Atenção Básica pode fazer” (Matriciamento). Em paralelo, a Secretaria Municipal de Saúde vinha discutindo a descentralização da atenção em HIV-Aids, focada inicialmente no diagnóstico, com vistas à descentralização posterior do atendimento as PVHA assintomáticas (ponto de início 2).

²⁸ A Atenção Básica em Porto Alegre não é totalmente municipalizada. O Grupo Hospitalar Conceição, com vinculação federal (Ministério da Saúde), administra hospitais, serviços especializados como os Centros de Atenção Psicossocial e Unidades Básicas de Saúde na região norte de Porto Alegre. Já o Centro de Saúde Murialdo tem vinculação estadual (Secretaria de Saúde do Estado) e faz a gestão de unidades de saúde localizadas no bairro Partenon. Essas unidades foram recentemente municipalizadas, passando para a administração da Secretaria de Saúde de Porto Alegre.

Esses dois projeto foram reunidos em um só, veiculando tanto o objetivo de implantação do diagnóstico na Atenção Básica quanto o acompanhamento de PVHA assintomáticas.

Da perspectiva da gestão, esse ponto de início do processo é bastante claro, tendo em vista que a proposta denota uma ruptura em relação ao projeto da gestão da política de HIV-Aids anterior, marcado por um caráter centralizador em relação às ações, focalizado nos serviços especializados, com baixos investimentos na implementação dos testes rápidos na rede de saúde. Marca também uma ruptura com a política estadual em DST-Aids, que não apresentava uma ampla proposta de descentralização, nem uma proposta favorável à incorporação do teste-rápido de forma generalizada.

Em relação às justificativas para o processo de descentralização, existem alguns pontos de coincidência de argumentos entre a gestão e o representante do serviço especializado. Um deles diz respeito à percepção de inchaço dos serviços especializados, decorrente tanto do crescimento do número de pessoas atendidas quanto da não reposição de profissionais que se afastaram daqueles serviços:

Com a questão do tratamento, as pessoas vivem mais. Em elas vivendo mais, elas precisam mais cuidados. Em elas precisando de mais cuidados, elas precisam de mais consultas. (...) Em média, 100 novas PVHA/mês. Isso em todos os centros de saúde, contando os 4 CTAS... todos os diagnósticos feitos em Porto Alegre. É muito alto. Então, essas pessoas necessitam de um serviço de saúde e os serviços especializados não dão conta dessa demanda. Mesmo que a gente consiga aumentar a sua capacidade, eles não conseguem dar conta. (Gestão)

Em Porto Alegre a estratégia está focada na descentralização para a Atenção Básica, não tendo sido mencionadas estratégias concomitantes de fortalecimento da atenção especializada, a não ser a sua reestruturação com a inserção da função do matriciamento.

Entretanto, a gestão traz outros elementos que vieram a constituir a justificativa para a implementação da proposta de descentralização, como a necessidade de buscar novas estratégias de enfrentamento da epidemia frente aos dados que colocam Porto Alegre em situação de “alerta epidemiológico”, constituindo um cenário nomeado como “adverso”. Esse cenário envolve a constatação do problema do diagnóstico tardio – quando o sistema imunológico já está debilitado – e da percepção de que a malha de serviços de saúde demonstrava-se impermeável às questões da Aids, sendo presente uma cultura institucional centrada na especialidade infectologia. Essa situação

remeteu a necessidade de criação de estratégias de “infiltração na rede de saúde” (gestor), remetendo à necessidade de uma “subversão da cultura institucional instalada” (gestor).

Diante desse contexto, a gestão apresenta a disponibilização do teste-rápido como “mola-propulsora” do sistema. Sua inserção na Atenção Básica permitiria a “inserção de um discurso sobre o HIV-Aids”, levando as equipes a se depararem com a sua abordagem. A esse respeito, devemos considerar que não se trata de inserir um discurso sobre a sexualidade, pois isso denotaria a pressuposição de sua ausência. Apoiados em uma perspectiva foucaultiana, compreendemos que já havia um discurso sobre a sexualidade operando na ESF, no qual predominava uma interdição à abordagem das práticas sexuais: em que cenários ocorre, com quais personagens, sob quais circunstâncias e assim por diante. Ao invés de remeter a “inserção de um discurso sobre a sexualidade”, consideramos mais pertinente pensar na “inserção de ‘outro’ discurso sobre a sexualidade”, no qual as práticas sexuais e a prevenção possam compor o repertório de abordagem. Apesar de considerarmos importante esse aspecto, consideramos também a necessidade de analisar os efeitos da suposta inserção de outro discurso sobre a sexualidade, pois colocar a sexualidade em evidência pode tanto servir às práticas de cuidado quanto às práticas de controle – aspecto que será melhor desenvolvido no tópico “3.7. A função matriciamento”.

O teste rápido também foi visto como uma possibilidade não só de promover o diagnóstico, mas de acionar ações de prevenção, mediante a exposição do usuário com a situação de testagem e a abordagem realizada no aconselhamento. Ao se referir ao teste como “mola de propulsão”, designa-se o sentido do teste como disparador de uma série de outros efeitos: prevenção sob a prática do aconselhamento, diagnóstico precoce, inserção de outra abordagem da temática da sexualidade, e assim por diante. Foram afixadas, nas unidades de saúde, cartazes indicando situações que sugeriam a necessidade de indicação do teste para HIV, visando alertar os profissionais a não perderem as oportunidades de indicação do teste.

Deve-se ressaltar a compreensão da gestão que subjaz a esse processo, que considera que a estratégia de oferta do teste/aconselhamento nas unidades de saúde incide sobre um dos fatores considerados como causa da alta taxa de incidência de Aids no município de Porto Alegre: o baixo acesso ao teste e ações de prevenção nos serviços de saúde²⁹. A oferta do teste em um maior número de pontos viria a incidir sobre esse fator, especificamente. Além da oferta do teste em unidades

²⁹ Apesar de uma confluência de fatores (multifatorialidade) ser apontada como responsável pela alta taxa de incidência de Aids no município, um dos fatores indicados é o baixo acesso ao teste para HIV nos serviços de saúde.

básicas, também foram criados dispositivos móveis que se instalam em determinados pontos da cidade e permitem aos grupos e populações daquele lugar a realização do teste.

1.1.2. Ponto de início 3

Para a equipe de ESF, o processo começou com uma intenção de realizar a descentralização da atenção em tuberculose. A proposta de descentralização da atenção em HIV-Aids foi repassada em reuniões realizadas junto à Gerência Distrital de Saúde. Considerando-se a existência de uma elevada associação (co-infecção) entre a tuberculose e a Aids, a equipe considerou coerente aderir ao processo: “até porque a gente já vinha com o projeto de descentralização da tuberculose, e aí quando veio com o do HIV, dizendo que a gente realmente faria aquilo, pensou até em casar os dois”. (Prof.2 e Prof.6). Um dos panos de fundo de sensibilização da equipe era o conhecimento da alta incidência e prevalência de casos de Aids na gerência distrital. Foi comum os profissionais referirem a elevada taxa de incidência de Aids na região, diferente do que foi encontrado em pesquisa realizada em 2009 com uma equipe de ESF dessa mesma gerência distrital, onde foi constatado que os profissionais não tinham conhecimento do panorama da Aids na região, município e estado (ZAMBENEDETTI, 2010; ZAMBENEDETTI; BOTH, 2012). Além disso, um dos profissionais da equipe já havia coordenado um programa de DST-Aids em município da região metropolitana de Porto Alegre, acumulando experiência na área e sendo descrito como alguém que “se envolveu muito nisso”. Apesar da sua importância no desenvolvimento do processo na equipe, foi destacado que toda equipe aderiu, de modo que mesmo com a saída posterior desse profissional da unidade de saúde, não houve rompimento das ações. Os profissionais justificaram também a inserção de ações em HIV-Aids com base na compreensão da Atenção Básica como porta de entrada do sistema e com base nas noções de integralidade e de longitudinalidade do cuidado, que corresponde à necessidade de continuidade do acompanhamento mesmo quando o usuário é encaminhado a outro serviço.

1.1.3. Ponto de início 4

O representante do Conselho Local de Saúde - CLS relatou que um profissional da unidade de saúde convidou a ele e a outro morador da comunidade para participarem de uma palestra:

No negócio da AIDS...como que funciona, como é que nós temos que agir, né? E essas coisas tudo! Que eu não ia chegar assim e dizer: o senhor quer fazer o teste da AIDS? Eu não posso chegar assim, né? Então a gente pegou uma orientação...como é que é, como é que não é... Tem gente que vem de noite aqui ó e me dá o nome para não me dar lá! (CLS)

Após a participação na capacitação, ficou acertado com a equipe que ele auxiliaria a fazer a divulgação da realização do teste rápido na comunidade, além de coletar nomes de pessoas interessadas em realizá-lo. Também foi atribuída a ele a distribuição de preservativos em escolas, bares, boates e na sala de espera da unidade. Em relação à distribuição na sala de espera da unidade ele relatou uma cena que considerou “inusitada”:

Eu de manhã, eu chegava ali no posto, aí abri já o portão para entrar ali e já os funcionários...eles começavam a atender. Aí eu já pegava uma caixa, já pegava preservativo e um papelzinho daqueles lá para explicar, né? Eu to distribuindo e conversando, né? Daqui a pouco chegou uma vênha assim... bah! Ela vai me xingar se eu der os preservativos para ela! Aí me virei, conversei e tal e coisa, quando cheguei no outro, era no de fora, ela chegou assim: “ô senhor! O senhor não deu para mim!”. Digo: bah! Mas a senhora usa isso aqui ainda? “Ah! E como uso!”, disse ela! Bah! Pegaram a minha cabeça assim, que não foi fácil! “E aí, quer dizer que tu não faz mais nada também? Pensa que tu não fazia? Tu não faz?”. Bah! Bah! Fiquei com vergonha! (risos). (CLS).

Essa situação evidencia um aspecto cristalizado em relação à sexualidade: a crença de que idosos não transam e/ou não necessitam fazer uso de preservativo em suas relações sexuais. É interessante o movimento que a própria usuária fez, reivindicando ser incluída na distribuição de preservativos. Nesse sentido, revela-se que a descentralização aumenta o grau de exposição dos usuários à discussão sobre a prevenção. Em um segundo momento, possibilita desencadear um movimento de ruptura em relação a um aspecto que se apresentava como instituído neste contexto. A intervenção é recíproca: do representante do CLS em relação aos usuários e da usuária em relação ao representante do CLS.

Além da situação da sala de espera, ele ainda menciona a distribuição de preservativos realizada nos bares: “Aqui nos fundos tem um bar também! Bar do... mas não tem nada, de minimercado não tem nada! É só cachaça, trago e cocaína! Aí eu distribuo uma caixa [de preservativos], largo toda quarta-feira uma caixa”. (CLS). Este relato evidencia o conhecimento específico das atividades desenvolvidas neste cenário, que para alguém externo à comunidade designaria apenas um bar, apesar de se caracterizar também como local relacionado à venda de

drogas ilícitas. A atuação do representante do CLS envolve essa contextualização do território e a identificação de vulnerabilidades, como aquelas relacionadas ao uso de drogas ilícitas.

Essas atividades fazem com que ele se torne conhecido não só como representante do CLS, mas como um intermediário das necessidades das pessoas que desejam fazer o teste na unidade de saúde ou das PVHA que tem alguma necessidade que pode ser atendida pela unidade de saúde.

Vários participantes da pesquisa enfatizaram a importância da participação do CLS no processo de descentralização. Deve-se salientar que esta representação foi utilizada pela equipe como ferramenta de aproximação da unidade de saúde com a população, por se tratar de uma pessoa conhecida na comunidade e com capacidade de produzir mobilização. Sua função era a de produção de capilaridade na relação com o território. Nesse sentido, sua atuação parece se confundir com o que seria esperado em relação a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde³⁰. A equipe referiu a sua importância principalmente no início do processo. Posteriormente houve a incorporação das ações de tal modo pela unidade de saúde que a função do representante do CSL se diluiu. No momento de realização da pesquisa, não havia mais a coleta de nomes para a realização do teste feita pelo CLS, pois se tornou mais naturalizada a procura da população à unidade de saúde para o agendamento do teste.

Um último ponto a ser considerado é que não estamos nos referindo aqui a um representante do CLS que possuía uma militância no campo da Aids, nem mesmo é uma PVHA. Mas sim, um representante da comunidade, que foi sensibilizado pela luta contra a Aids, passando a envolver-se na implementação das ações relacionadas ao HIV-Aids no contexto local a partir do processo de descentralização, indicando a potência da inclusão de novos atores neste campo de ações.

1.2. RECONFIGURANDO RELAÇÕES ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM HIV-AIDS.

A discussão sobre os processos de descentralização é bastante complexa, pois envolve aspectos administrativos, financeiros, assistenciais, entre outros. Pasche et al. (2006) revelam os

³⁰ Deve-se esclarecer que o foco dos CLS reside no levantamento de problemas relacionados à saúde no território, cobrança pela resolução de problemas e participação na construção das políticas locais. A atribuição de ações relacionadas à prevenção em HIV-Aids apoiou-se, por um lado, no princípio de participação da comunidade que permeia a política de Aids, aliada ao fato de que o representante do CLS coincide com uma liderança comunitária.

diferentes sentidos que a noção de descentralização pode conter. Ela poderia ser compreendida como ‘desconcentração’, caracterizada pela transmissão de responsabilidades e funções sem a transferência de poder decisório. Poderia também ser compreendida como ‘delegação’, consistindo na transferência de responsabilidades gerenciais para organismos não governamentais. Por outro lado, poderia também ser compreendida como ‘devolução’, caracterizada pela transferência de poder decisório para esferas sub-nacionais. Segundo os autores, o sentido preconizado pelo SUS consiste no último apresentado. Nosso foco, no entanto, está voltado para os aspectos assistenciais mobilizados pela descentralização. Compreendemos que a mudança empreendida envolve a reconfiguração dos locais de atendimento, seguindo um movimento de dispersão dos mesmos da atenção especializada para a Atenção Básica, produzindo um novo repertório de acesso a ações e serviços. Esse processo exige a participação dos diversos atores envolvidos, de modo que a descentralização não represente uma desresponsabilização dos serviços especializados, assim como não seja percebida pela Atenção Básica como uma sobrecarga de trabalho, em decorrência da incorporação de ações que até então não eram consideradas sua atribuição.

O processo de descentralização é perpassado por uma nova compreensão da Aids, não mais como condição aguda, mas como condição crônica – que, no entanto, pode “agudizar” em algum momento. Historicamente os serviços especializados centralizaram o atendimento das necessidades de saúde de PVHA. O diagnóstico de HIV, independentemente da condição imunológica, era critério de inserção no serviço especializado para a realização do acompanhamento. Com o processo de descentralização, propõe-se uma estratificação dos locais de atendimento, conforme a situação clínica da PVHA.

Caracterizar o processo de descentralização não é muito fácil, considerando-se que ele não está estabilizado, permanecendo em curso de transformação. Sendo assim, apresentamos uma caracterização das modificações propostas pela descentralização no município de Porto Alegre em seu processo de desenvolvimento.

- inserção de teste rápido e aconselhamento nas unidades básicas de saúde com e sem ESF;
- solicitação de exames de CD4 e CV pela unidade de saúde, assim como realização da primeira consulta médica pós diagnóstico;
- acompanhamento das PVHA assintomáticas nas unidades básicas de saúde;
- encaminhamento das PVHA assintomáticas atendidas nos serviços especializados para serviços de Atenção Básica;

- atribuição da função de matriciamento aos serviços especializados, como SAE e CTA;

Esse processo envolveu uma reconfiguração do que é considerado atinente à Atenção Básica ou especializada. Considera-se que o acompanhamento da PVHA assintomática consiste basicamente no exame médico clínico periódico e solicitação de exames para acompanhamento da Carga Viral e situação imunológica, o que poderia ser realizado na Atenção Básica.

Por exemplo, vamos imaginar que 50% de um serviço de Aids, hoje, são de pacientes estáveis. Certo!? São pacientes que vão lá 4 vezes por ano, são extremamente aderentes ao seu tratamento. Precisam, enfim, fazer seus exames e tal... mas eles não têm nenhuma manifestação de Aids porque eles são estáveis. Certamente essas pessoas poderiam estar num outro nível que não na especialidade. (Gestão)

Além disso, considera-se que quaisquer manifestações de problemas de saúde não correlacionadas ao HIV-Aids poderiam ser tratadas na Atenção Básica.

Evidente que tu não vai atender uma toxoplasmose cerebral em um posto de saúde. Mas tu podes atender, por exemplo, determinadas infecções que não estejam relacionadas à Aids, em um paciente estável, por exemplo, que tem um bom CD4 e uma Carga Viral baixa e que faça uma gripe, que faça, sei lá, um problema de varizes... (Gestão)

Por outro lado, a atenção especializada seria indicada no momento em que se fizesse necessário a utilização das medicações antirretrovirais, quando surgissem intercorrências da Aids, em casos de co-infecção (HIV e Hepatite B, HIV e tuberculose) ou quando houvesse problemas relacionados à adesão ao tratamento (BRASIL, 2014).

Um dos fatores que tornou essa situação mais complexa foi a mudança introduzida nas recomendações de terapia antirretroviral para adultos vivendo com HIV/Aids em 2012, com a alteração dos critérios para o início do uso de medicação antirretroviral (ARV). Essa medida teve como impacto a ampliação da indicação do uso de ARV para pacientes assintomáticos. Até 2012 o marcador para a recomendação para início do ARV em pacientes assintomáticos era LT-CD4+ menor que 350 células/mm³, o qual foi alterado para 500 células/mm³ a partir de 2012³¹. Considerando que o uso de ARV constituía-se, naquele momento, como um dos critérios para encaminhamento para serviço especializado, reduziu-se o espectro de PVHA que poderiam realizar

³¹ Fonte: <http://emtct-iatt-v2.org.php54-1.dfw1-2.websitetestlink.com/wp-content/uploads/2013/05/Brazil-HIV-AIDS-guidelines-for-adults-living-with-HIV-Portuguese-version-2012.pdf>

o acompanhamento na Atenção Básica. As recomendações introduzidas em 2013 (BRASIL, 2013c) mantêm o marcador mencionado, além de preconizar o “início imediato da TARV, na perspectiva da redução da transmissibilidade do HIV, considerando a motivação da PVHA” (BRASIL, 2013c, p. 64), independentemente da contagem de LT CD4+. Isso teve como implicação a inclusão de uma gama maior de pessoas nas recomendações de uso das medicações antirretrovirais. Segundo os participantes da pesquisa, a partir dos novos critérios de uso de medicação, poucos usuários tiveram indicação para permanecer na Atenção Básica. No entanto, apesar do encaminhamento, do ponto de vista do modelo de atenção, a área de referência continua sendo o território de atuação da ESF. Portanto, seria esperado que a ESF continuasse informada sobre o acompanhamento realizado à PVHA, numa perspectiva de co-responsabilização e não de desresponsabilização ou transferência de responsabilidade.

Existe ainda uma posição que defende que, mesmo PVHA em uso de medicação antirretroviral, em situação estabilizada, poderiam realizar seu acompanhamento na Atenção Básica, alternando consultas entre Atenção Básica e especializada. Essa posição surgiu tanto na equipe de ESF quanto na gestão, sendo que sua implementação demandaria processos de capacitação para o acompanhamento clínico de PVHA. Apesar disso, essa posição ainda não tinha sido adotada como diretriz até o momento de término do campo de pesquisa.

É necessário destacar o fato de que, por ser um processo, apresenta-se em constante movimento e transformação. A análise realizada refere-se a um momento bastante específico desse processo, situada no tempo e perspectivada por alguns de seus participantes. A descentralização promove uma mudança na relação entre as ações em HIV-Aids e os níveis de atenção do SUS evidenciando que a atribuição de ações a um nível do sistema é uma convenção, atravessada por condições históricas, sociais e políticas. Históricas em decorrência de estarem situadas no tempo e políticas por envolverem disputas entre posições e atores. As disputas envolvem modos de se posicionar, seja em relação à proposição de políticas e ações, seja no processo de implementação das mesmas junto aos serviços de saúde. A implantação de uma política não ocorre de modo automático e mecânico, sendo permeado por movimentos contraditórios, que oscilam da aderência – ou seja, aceitação da proposta política - aos movimentos de rechaço, que envolvem a recusa das propostas de mudança, remetendo à imobilidade.

Esses movimentos podem ser percebidos no relato a seguir:

A Atenção Básica tem diferentes contrastes e diferentes contornos. Assim como tu tens equipes extremamente abertas a incorporar novas práticas em saúde, têm equipes MUITO resistentes. (...) A gente coloca o mapa da rede e vai olhando “aqui nós tivemos mais facilidade, aqui nós tivemos mais dificuldade”. O que se percebe claramente é que as equipes de ESF são muito mais favoráveis a incorporar novos modelos do que as tradicionais unidades básicas de saúde, que tem uma cultura extremamente forte e que apresentam muito mais resistência não só do ponto de vista do discurso médico, do discurso da equipe, enquanto uma não responsabilidade pela atenção com HIV e Aids. (Gestão).

A gestão designa como “resistência” a recusa ou enfrentamento na implantação das ações, mediado por uma série de justificativas, como a de que a atenção em HIV-Aids não seria uma atribuição da Atenção Básica, por exemplo. Essa acepção do termo resistência expressa um valor negativo.

Por outro lado, na obra foucaultiana a resistência é abordada como um conceito, desvinculada, a princípio, de um valor moral, positivo ou negativo. Para Foucault (2011), sempre que houver relações de poder, haverá resistência, permitindo a realização de uma ação de diferenciação ou desvio perante outra ação. A não aceitação da diretriz de gestão por parte do trabalhador pode designar uma resistência nesse sentido de diferenciação – ou seja, existe um espaço na relação de poder que permite que isso ocorra. Porém, essa resistência pode também envolver um processo de captura ao responder a uma lógica burocrática, biomédica, que atende mais à necessidade da classe profissional do que às necessidades dos usuários do SUS, por exemplo. As unidades básicas de saúde tradicionais, sem a inserção de ESF, remetem a um modelo forjado sob a lógica do profissional que faz “bicos” no serviço, atendendo “fichas”, sem envolvimento com o planejamento de ações, com pouca participação em ações de prevenção ou em reuniões de equipe, e assim por diante. Nesse sentido, apesar de ser uma ação de divergência, pode designar uma captura sob uma lógica instituída na saúde.

Em relação às recusas de equipes de Atenção Básica à implantação das ações em HIV-Aids, a resposta da gestão pode vir através de processos de sensibilização e capacitação das equipes para o trabalho em HIV-Aids e, caso estas não tenham efeito, pode também ocorrer a abertura de sindicâncias e processos, exigindo das equipes uma justificativa pela não adesão ao processo, dentro de parâmetros técnicos. São diferentes estratégias de atuação das relações de poder, visando alterar e incidir sobre a conduta, “trazendo o outro para mim” – ou, no caso analisado, fazer o outro (os profissionais das equipes de saúde) aderir(em) às propostas da gestão.

As relações de poder que perpassam trabalhadores situados em diferentes posições do SUS podem ser expressas na seguinte passagem: “O gestor diz ‘vamos fazer!’, a gerência diz ‘vamos fazer, mas vamos ver como fazer’ e o trabalhador diz ‘vamos fazer, vamos ver como fazer e vamos com calma!’”. (Matriciamento). Essa afirmação explicita o modo como uma diretriz vai sendo enviada e recebida por profissionais que ocupam diferentes posições nas relações hierárquicas de gestão/atenção, enunciando um movimento de reapropriação da diretriz política no curso das posições hierárquicas.

Além daquilo que a gestão identifica como dificuldade ou recusa no contato com algumas equipes de ESF, encontramos também um outro elemento, que chamaremos de “receios”, os quais perpassaram em maior ou menor grau grande parte das equipes de saúde, mesmo aquelas que mostravam-se aderentes ao processo de descentralização. O receio é compreendido como uma incerteza, insegurança ou temor diante da implantação do processo de descentralização. Abordá-lo pode fornecer algumas pistas sobre alguns tensionamentos que permearam a descentralização, tanto na relação com os processos de estigmatização e sexualidade quanto com outros aspectos que orbitam em torno da problemática investigada. Identificamos a emergência de quatro receios:

- em relação à confiabilidade do teste;
- em relação à sobrecarga de trabalho e aos modos de inserção das ações no processo de trabalho.
- em relação à expectativa que oscilava entre a inexistência de procura pelo teste ou de elevada procura pelo teste;
- em relação ao aconselhamento / comunicação do diagnóstico;

Os dois primeiros receios serão mencionados enquanto aspectos que atravessam o processo de descentralização, apesar de não constituírem-se como foco da problemática estudada. Aos dois últimos aspectos daremos maior atenção, por permitirem expressar aspectos relacionados aos processos de estigmatização, sexualidade e território.

Confiabilidade do teste.

Em relação ao teste-rápido foi relatada a existência de uma “desconfiança” quanto a sua efetividade, advinda principalmente da categoria médica, conforme relato a seguir: “está tendo muita resistência dos médicos, porque eles não estão acreditando... tem essa coisa de fé no teste

rápido, acho isso tão engraçado, assim. Tem que “acreditar no teste-rápido”, não é nada científico, é tudo fé. Ai a gente vai lá fazer um convencimento na reunião de equipe e tal”. (Matriciamento). A não confiabilidade no teste também fazia com que alguns médicos, diante de diagnósticos positivos para HIV no teste rápido, solicitassem o teste laboratorial, considerando que apenas este poderia confirmar o diagnóstico.

Sobrecarga/excesso de trabalho.

Outro receio apontado como geral entre as equipes da gerência foi em relação à sobrecarga de trabalho. Um dos profissionais, referindo-se a experiência em outra unidade de ESF, relata:

Eu lembro que no início tinha muito essa questão do sofrimento da equipe, onde é que a gente vai achar um horário nas agendas, do que vamos abrir mão, o quanto isso vai nos sobrecarregar. Então como foi projeto piloto, essa ansiedade era geral, porque a gerência não nos dizia assim “vai ter que ter um turno, dois turnos, a semana toda”. No início a gente pensava assim: “livre demanda”, sabe, chegou na unidade vai fazer. E ai isso assim foi muito sofrido para a equipe toda. (Prof. 5).

A presença de profissionais da equipe de matriciamento na unidade, auxiliando a pensar e realizar as primeiras ações, é considerado um fator que diminuiu os receios e auxiliou as equipes a disparar as primeiras ações, possibilitando um “fazer junto”, “fazer com” o outro, explicitando o sentido da corresponsabilização.

E ai em seguida foi feita a capacitação e a gente achava que ia se postergar o início. E de repente não, está vindo uma equipe que vai ajudar nos primeiros testes, vão ficar uma manhã aqui, e vamos fazer, né. (...) Mas depois dos primeiros testes, a equipe foi ser organizando, e enfim... ficou tranquilo. (Prof. 5).

Outro aspecto que dialoga com a sensação de excesso de trabalho é a relação com recursos humanos das equipes de ESF:

Na situação que a gente vive agora a gente restringe acesso, digamos assim, com a falta de profissionais que a gente tem. Se a gente tivesse o número de profissionais suficiente acho que a gente facilitaria o acesso, perto de casa, conhecendo família, conhecendo a situação, acho que tudo facilitaria. (Prof. 6).

Foi relatado que nem todas as unidades de ESF da gerência atuam com equipes completas, o que pode restringir as ações desenvolvidas. Em relação à sobrecarga de trabalho, ela não significa

uma quantidade de horas a mais trabalhada, senão a responsabilidade por mais uma área de ações, com a exigência de uma reconfiguração do processo de trabalho.

Agora, as enfermeiras que começaram, por exemplo, ali, as minhas unidades, a grande resistência delas é que elas achavam que ia ser muito trabalho a mais. Até porque se tu vê a quantidade de coisinha que tu tem que preencher e prestar atenção nisso, e isso, isso leva aquilo e aquilo lá... é uma parafernália de coisas. (Matriciamento).

Dessa forma, a equipe precisa rever seu processo de trabalho, criar ações consideradas novas, o que demanda ter que pensar, refletir e discutir. Trata-se de deslocar-se do cotidiano instituído para planejar novas ações:

Mas não é uma coisa do domínio, então é uma coisa que me cansa, porque eu tenho que pensar muito. Eu imagino que para quem nunca trabalhou com Aids, fazer um diagnóstico é difícil. Principalmente porque inclui conversar, fazer o teste e dar o resultado ali, na hora. Eu acho bem desgastante. (Matriciamento).

Este trecho evidencia a corresponsabilidade no desenvolvimento das ações e a necessidade de desenvolvimento de empatia entre trabalhadores de diferentes níveis assistenciais, evitando posições de culpabilização ou vitimização frente às facilidades ou dificuldades de incorporação das ações. Podemos considerar que esta é uma dimensão do trabalho que remete ao trabalho vivo em ato (MERHY, 2002), produzindo afetos que perpassam a relação entre os trabalhadores e entre eles e os usuários. Trata-se de uma dimensão não prescrita do trabalho. Esse aspecto também aparece na fala de um dos trabalhadores, dizendo que não foi repassado à equipe como fazer, ficando a critério das equipes decidir se a oferta pelo teste seria por livre-demanda, ou se teria um turno ou dois, etc. Por outro lado, evidencia-se a existência de equipes que acompanharam a realização dos primeiros testes nas unidades, numa proposta de “fazer-com”, “fazer-junto”, potencializando o desenvolvimento das ações. O relato a seguir demonstra a percepção das equipes um ano após o início da descentralização:

E agora, no final do ano elas estavam avaliando assim “está completamente dentro da rotina do posto”, “não tem nenhuma diferença, a gente nem nota que tem isso como mais uma demanda”. É algo absolutamente assimilado. (Matriciamento).

A relação de oferta de uma nova ação nos remete à dinâmica instituído/instituinte. Certas lógicas vão sendo instituídas dentro da unidade de saúde, inclusive com relação ao modo de funcionamento das equipes, produzindo uma sensação de regularidade e estabilidade. Podemos

observar que existem horários pré-determinados de agenda dos profissionais, escalas de atendimento - que no caso dos técnicos de enfermagem é rotativa (cada semana um técnico fica em um dos setores: vacina, recepção, farmácia, etc.) - horários pré-determinados de reuniões de equipe, reuniões de supervisão dos ACS, turnos de realização de Visita Domiciliar (VD), e assim por diante. Conforma-se, assim, o que se costuma chamar “semana típica” ou “rotina” da unidade de saúde. Trata-se de um instituído que busca organizar o processo de trabalho e toda uma logística de acesso e acompanhamento dos usuários. Lourau (1993) aponta que a análise institucional rompeu com a visão maniqueísta que possuía em seu início, quando considerava que o “instituído era imóvel como a morte e sempre mau; o instituinte era vivo como um jovem, menino ou menina, e sempre muito bom” (p. 12). O instituído, que remete à manutenção do *status quo*, “atua com um jogo de forças extremamente violento para produzir uma certa imobilidade” (p. 11-12). Nesse sentido, podemos considerar que o instituído não é necessariamente negativo, como se fosse o oposto da compreensão do instituinte como sendo algo bom. Torna-se importante, nesse sentido, processos analíticos que possam buscar a compreensão dos efeitos dos processos de institucionalização, incluindo aí a burocracia, compreendida como uma desvinculação entre pensamento e ação, entre saber e fazer. O estabelecimento de uma regra ou “rotina” surge como resposta a um problema específico, criando um instituído. No entanto, a burocracia emerge no momento em que o problema é extinto, mas o modo de organização suscitado pelo problema permanece operando. Segundo esta lógica, pensamos que a criação de uma determinada rotina em um serviço de saúde não tem um sentido em si, senão enquanto atendendo a uma demanda específica de problemas de saúde emergentes em determinado território. Quando o contexto é alterado ou novos problemas emergem, a rotina criada pode deixar de fazer sentido, devendo ser alterada. Porém, muitas vezes a rotina passa a adquirir um sentido em si, negando as mudanças ocorridas no meio, originando os processos de burocratização. Esses processos podem fazer com que as equipes deixem de observar alguns aspectos que podem ser importantes. Durante um dos encontros de restituição da pesquisa, um dos profissionais associou a discussão introduzida pelo pesquisador sobre a burocracia ao fato de que, muitas vezes, quando meninas procuram a unidade solicitando a realização do exame para gravidez, os profissionais não “se lembram” de ofertar o exame para HIV e outras DST. Desse modo, perde-se a oportunidade de ofertar o teste em um momento que seria considerado importante. De modo mais amplo, a recusa à inserção de ações em HIV-Aids na Atenção Básica, sob a justificativa de que são ações concernentes aos serviços

especializados, também evidencia um ponto de cristalização de algumas equipes e o não reconhecimento de um cenário em relação à Aids que foi alterado na última década no município, exigindo novas respostas dos sistema de saúde.

A compreensão dos processos de burocratização torna-se importantes, pois a descentralização na área de HIV-Aids exige uma abertura do olhar em relação a vários aspectos, incluindo aqueles relativos à sexualidade, por exemplo.

Expectativa de inexistência ou de elevada procura pelo teste.

Um dos receios que o processo de descentralização produziu na equipe de ESF participante da pesquisa foi de que não houvesse procura pelo teste anti-HIV, sob o argumento de que, apesar da proximidade física com a unidade ser um facilitador do acesso, os usuários poderiam temer serem reconhecidos por vizinhos, amigos ou parentes que estivessem na unidade de saúde. Neste sentido, podemos considerar a existência de um paradoxo que tensiona a relação entre território e estigma, visto que frequentar a unidade de saúde de seu território implicaria a possibilidade de encontrar pessoas conhecidas, em uma situação em que seria desejado não ser reconhecido. Esse receio por parte da equipe, no entanto, foi dissipado após o início das ações, na medida em que percebeu-se a existência de procura pelo teste. Apesar disso, como será evidenciado ao longo do texto, o estigma não é expreso apenas pela realização ou não do acesso à unidade de saúde. A existência de um público que consegue acessar a unidade de saúde não significa necessariamente que o estigma não está mais presente, podendo ele se manifestar de outros modos, como no desejo de que o acesso à unidade de saúde não seja percebido pela comunidade.

Com relação à expectativa de uma grande demanda, frente à oferta de uma nova ação, percebe-se a produção de uma ansiedade nos profissionais de algumas equipes da gerência, os quais responderam com a delimitação de prioridades, conforme o seguinte relato:

Elas achavam mais fácil explicar para o paciente que ia fazer o teste se fosse gestante. Porque gestante já sabe que vai fazer. É diferente de tu ir num grupo de diabético e sugerir que eles façam o teste: por que um diabético vai fazer um teste de HIV, entende? Então elas achavam que ia ser, assim, uma coisa que ficava mais fácil, mais justificável, eu não preciso explicar que eu estou desconfiando de ti. (Matriciamento).

Responde-se, assim, tanto à ansiedade e expectativa de uma grande demanda, como à dificuldade de lidar com o público em geral, em comparação com as gestantes. Essa situação enuncia o discurso constituído sobre a sexualidade entorno da gestação, posicionando as mulheres como “mães”, enquanto o público em geral seria um público “suspeito” em decorrência da evidência da relação sexual. Esta situação possibilita a explicitação do modo de atuação do dispositivo da sexualidade, atualizando a compreensão de que não houve uma repressão, mas sim a sua ordenação (FOUCAULT, 1988). Foram criados códigos de conduta formais e informais, regras que possibilitaram que a sexualidade aparecesse de determinadas formas, em determinados locais, com uma linguagem específica, entre pessoas delimitadas. A obediência ou desobediência a essas regras é que situam as pessoas e possibilita julgá-las e considerá-las certas ou erradas, adequadas ou desviantes. Dentro desse contexto, tornou-se natural a indicação de um teste anti-HIV para uma mulher gestante. Supostamente, o que justifica o teste é a existência de um terceiro na relação – no caso, o bebê – colocando a relação sexual em segundo plano ou “absolvendo-a” pela relação sexual sem preservativo. A justificativa passa a ser a gestação, quando na verdade, o que leva à indicação do teste é a existência de uma relação sexual sem preservativo - a não ser que tenha ocorrido um procedimento de inseminação artificial. No momento em que a ação de testagem passa a ser preconizada para o acesso da população em geral, uma determinada “ordem do discurso” necessita ser alterada, principalmente em relação ao aspecto que atrela de modo estreito a ESF à saúde materno-infantil. A partir da descentralização, passa-se a divulgar o teste para HIV em outras circunstâncias e espaços, como no grupo de diabéticos – pois, em última instância, o que deve levar um diabético ou uma gestante a realizar o teste para HIV é o mesmo motivo: a existência de uma relação sexual sem preservativo ou a exposição a alguma outra forma de risco. Deve-se apontar que a situação mencionada sugere que não é “natural” para as equipes lidar com a dimensão da sexualidade, devendo esse ser um tema presente nos processos de formação, discussões de equipe e assim por diante.

Na equipe de ESF analisada, os receios relativos à inserção das ações no processo de trabalho também se voltaram às ações das ACS. A primeira questão era como os ACS iriam realizar a divulgação das ações.

As agentes divulgam bastante também e isso foi outra coisa que a gente temia, que os agentes tivessem um pouco de receio de divulgar isso, e os próprios agentes diziam: “ah, como que vou chegar na casa de pessoa e sugerir que a pessoa faça o teste?”. [o receio era] das pessoas questionarem, “por que tu tá falando para eu

fazer o teste?’, talvez das pessoas acharem que a gente estava suspeitando. (Prof. 2).

Nesse sentido, essa situação remete ainda à discussão sobre o modo como a sexualidade constitui um atravessamento na atenção em HIV-Aids no contexto territorial, interrogando os limites de uma abordagem preventiva que remete à dimensão privada e da intimidade. Conforme afirmamos ao longo do texto, o dispositivo da sexualidade atua de modo a hierarquizar sujeitos, através da atribuição de determinados marcadores. Esses marcadores podem constituir valores, alguns deles passíveis de estigmatização: se ela está me indicando o teste, será que sabe de alguma coisa? Ou, será que fiz alguma coisa “diferente”, “errada” para ter a indicação de fazer o teste?

Assim, não é apenas o fato da Aids ter se tornado uma doença crônica, passível de ser tratada, que irá proporcionar uma mudança no estigma a ela relacionado. Isso porque o estigma relacionado à Aids não está assentado apenas sobre a questão da morte ou do imaginário que remete à doenças transmissíveis, mas também a aspectos da sexualidade, sendo esta constituída em nossa sociedade como um importante dispositivo que possibilita hierarquizar comportamentos e relações.

Aconselhamento / comunicação do diagnóstico;

Outro receio presente entre os profissionais dizia respeito à comunicação do diagnóstico de HIV+: “muito pela pressão do diagnóstico: nós vamos dar diagnóstico de HIV para alguém?” (Prof. 2). Outros profissionais, como os técnicos de enfermagem, também percebiam esse receio. Porém, mencionam que isso ocorria nas outras unidades, e não na unidade participante da pesquisa.

O pessoal [das outras unidades de saúde] não quer fazer porque acha que não está rendendo nada, acha que não tem condições de dar um diagnóstico, porque realmente é uma coisa pesada, né? Para dizer para a pessoa, né? É complicado mesmo, realmente. Eu acho que assusta um pouco. Principalmente o pessoal de UBS, né? Que não tem esse vínculo com o paciente. Mas eu acho que nós temos um diferencial aqui, foi bem aceito, foi bem interessante. (Téc. Enf.).

Esse relato reafirma a colocação da gestão, de que existe uma diferença na aceitação do teste em unidades de ESF e em unidades básicas de saúde sem ESF. Além disso, demonstra que a preocupação não era em relação à realização do aconselhamento pré-teste, nem ao aconselhamento pós-teste de um caso HIV-, mas sim em relação à comunicação do diagnóstico positivo. O receio pela comunicação de um diagnóstico positivo para HIV expressa a expectativa de impacto do

diagnóstico, o qual está atrelado a aspectos psicossociais como o estigma. Esse receio, portanto, torna-se um indicador do estigma associado ao diagnóstico de HIV positivo.

Enquanto os profissionais da equipe relataram que esse receio se diluiu ao longo do processo, uma das profissionais relatou que isso ainda a preocupava:

Eu ainda tenho uma angústia de dar o diagnóstico positivo. Porque eu me coloco muito no lugar da pessoa. Dos testes que eu fiz foi um que eu fiz que deu (positivo) e daí até chamei a [outra enfermeira] para me acompanhar. Eu ainda tenho essa angústia. Porque durante o treinamento que a gente teve, nenhum dos pacientes que a gente fez deu positivo. Então eu não sabia muito bem como abordar. (...) Eu já tava vendo, já fui preparando, fiz já o segundo teste, deu positivo, né, confirmou, daí na hora de abordar assim... fiquei assim meio... isso me emocionou...” (Prof. 3).

Este trecho evidencia um dos aspectos que diferenciam a atenção em HIV-Aids de outras áreas, podendo mobilizar afetivamente não apenas o usuário, mas também o trabalhador. Apesar da comunicação do diagnóstico positivo ser fonte de mobilização, tradicionalmente os manuais sobre aconselhamento (BRASIL, 1999) ressaltam que é tão desafiador comunicar um resultado HIV+ quanto HIV -. Isso porque, no caso do usuário HIV-, o desafio é criar estratégias de sensibilização para a prevenção, visando a manutenção da soro negatividade para o HIV.

Também foram relatados alguns aspectos em relação ao aconselhamento: “Ainda fico meio enrolada na hora de aconselhar, fazer o teste é mais tranquilo. Às vezes na hora de aconselhar saem as perguntas mais inusitadas”. (Prof. 3). O aconselhamento exige a habilidade para lidar com uma ampla gama de dúvidas e perguntas, relacionadas ao âmbito da sexualidade humana em suas múltiplas formas de expressão, exigindo habilidades para colocar em análise preconceitos e pré-julgamentos, assim como para desenvolver uma relação de alteridade na relação com o outro. Seffner (2009) problematiza o fato de que parecemos saber mais sobre sexualidade do que sobre sexo, “sexo com gente envolvida, fazendo coisas com pouca roupa. Sexo que se aproxima de sacanagem” (p. 15). O autor apresenta uma série de “obscenidades” extraídas de um diário de pesquisa que apresenta recortes descritivos de frases encontradas em banheiros públicos e apontam aspectos ainda não capturados, não normatizados. Relacionamos esses aspectos à sensação relatada anteriormente pelo profissional de que surgem “perguntas inusitadas”, as quais definimos como “perguntas obscenas”, entendendo obscenas como “coisas que não estão em cena” (SEFFNER, p. 21). Porém, o aconselhamento proporciona a emergência dessas cenas – ou dessas obscenidades – em um local ou situação na qual não ocorriam anteriormente. Torna-se evidente, até aqui, a função

desejada pela gestão: inserir uma (nova) discursividade sobre a Aids e sobre a prevenção nas unidades de saúde. Porém, ao longo da tese iremos retomar ainda essa discussão para interrogar que discursividade é essa, seus tensionamentos e efeitos.

Por fim, abordamos um último receio, proveniente principalmente dos profissionais dos serviços especializados, como os CTA, os quais temem que o aconselhamento na Atenção Básica tenha seu alcance reduzido, centrado no aspecto informativo, sob um viés prescritivo, sem ressaltar outras dimensões, como a reflexiva e de avaliação de riscos. Também foi expresso o receio de que o HIV-Aids passe a ser trabalhado na Atenção Básica como “outra doença qualquer”, sem o reconhecimento de suas especificidades, principalmente no tocante à dimensão da sexualidade, aos aspectos psicossociais e ao estigma. Apesar de não termos como objetivo “avaliar” as dimensões tecnológicas do cuidado, como foi realizado em outros estudos (FERRAZ, NEMES, 2012; 2013), os dados encontrados nos permitem compreender alguns aspectos relativos ao aconselhamento presente no CTA e na Atenção Básica.

Inicialmente é importante reconhecer que o público que está acessando a unidade de saúde para a realização do teste, em sua grande maioria, não é o público que recorrerá a um CTA, mas sim o público que antes era encaminhado a um laboratório conveniado, conforme relato a seguir:

Porque o que acontecia com o cara do posto lá, ele ia nos laboratórios! Ele não ia para o CTA fazer, a maioria das pessoas ia para o laboratório. Quem dava o resultado era o laboratório, e dizia “não sei, vai lá e fala com teu médico, não sei de nada, não me comprometo”. O que já deixa o cara em pânico! (Matriciamento).

Anteriormente à inserção do teste rápido nas unidades de saúde, os usuários eram encaminhados para laboratórios conveniados com a Secretaria Municipal de Saúde. Quando o resultado do teste era negativo, este era entregue ao usuário. Porém, no caso de resultado reagente para HIV, o resultado não era entregue ao usuário, sendo a este solicitado que procurasse um CTA. Ocorria, assim, uma desvinculação entre o pedido do teste (feito na unidade de saúde), a realização do teste (em um laboratório) e a busca pelo resultado (alguns dias depois, no laboratório), sendo que a busca poderia resultar na entrega do exame ao usuário (em caso de HIV -) ou no seu encaminhamento para um CTA. Esse fluxo apresentava uma configuração fragmentada, além de desresponsabilizar a Atenção Básica em relação à PVHA, automaticamente encaminhada para o serviço especializado.

Neste sentido, a descentralização implica na possibilidade de ampliação da ação de aconselhamento e não a substituição do que era realizado no CTA pelo que agora é realizado na Atenção Básica. Por outro lado, também foram apontados alguns aspectos que diferenciam o serviço especializado da Atenção Básica:

Eu vejo às vezes dificuldade de lidar com a complexidade das coisas, né. Acabam simplificando um pouco uma coisa que não é tão simples assim. Que eu acho que é um risco que acontece. (...) Esquecer do detalhe, por exemplo, de que estou ali com uma gestante, ela tem um companheiro, mas que não necessariamente ele é o único cara que ela transa e que aí eu não posso necessariamente atender o casal junto. Entende? Essas coisas que eu acho que o CTA te dá. Que tu entende todos os meandros que aquela questão pode trazer. Então eu chamo o casal para fazer o teste rápido junto. “ta, mas e se um dá positivo e o outro dá negativo?, tu não pensou nessa possibilidade?”; “ah, não, não pensei”. Então, assim... e isso eu entendo, porque para elas [da Atenção Básica], elas estão fazendo pré natal e no pré natal é legal trazer o marido junto. Trazer tudo junto. Só que pré natal não necessariamente é vida sexual, né. Uma parte que não é a intersecção que eles querem. (Matriciamento).

Esta situação remete novamente ao atravessamento da sexualidade no âmbito da atenção, evidenciando a vasta história de ações centradas na saúde materno-infantil, remetendo ao “modo mãe de subjetivação”, no qual vários aspectos da sexualidade passam a ser negligenciados.

Outro aspecto evidenciado é que o serviço de saúde, a partir de sua atribuição, auxilia a moldar a atuação dos profissionais, conferindo diferentes contornos de atuação. A posição matriciamento, enquanto um “lugar meio”, possibilita a identificação de potencialidades tanto de um serviço quanto de outro. Em relação ao CTA, identifica um know-how na prática do aconselhamento, no manejo das questões relacionadas à sexualidade e gênero, nas dimensões envolvidas em um diagnóstico ou na possibilidade de ser diagnosticado. Outra diferença apontada diz respeito ao acompanhamento realizado em cada um dos serviços: o tempo de aconselhamento é menor na Atenção Básica. Porém, a possibilidade que o profissional da Atenção Básica tem de encontrar o usuário em outras situações é maior, pois cobre a atenção relacionada a vários problemas de saúde e não só ao HIV-Aids.

Só que a diferença é que o CTA às vezes é uma única vez. E eles não, eles têm várias vezes que eles vão falar com a pessoa. Ai tu vem para pegar anticoncepcional: “mas e como é que está?” “e tu está usando camisinha?”, “e como que está, lembra aquela vez que tu veio fazer o exame e estava preocupada, não sei o que, agora tu não está usando camisinha de novo?”, sabe? Então esse é o dia a dia que nós, no CTA, não tínhamos com o paciente. (Matriciamento).

Apesar disso, essa relação não é necessariamente óbvia nas equipes de ESF. Durante um dos encontros de restituição foram relatadas situações nas quais as ações de testagem deixam de ser ofertadas, despertando uma reflexão sobre as chamadas “oportunidades perdidas”. Segundo Paula e Santos (2013), as “oportunidades perdidas” designam as situações que seriam consideradas privilegiadas para a abordagem preventiva das DST, como a solicitação do exame de gravidez ou a realização do Papanicolau, mas que acabam sendo “perdidas” pela não realização da abordagem. Dentro desta mesma discussão, surgiu ainda o relato sobre uma consulta de enfermagem: ao perguntar à usuária se utilizava algum método contraceptivo, o profissional recebeu um ‘não’ como resposta. Questionou então se a usuária desejava engravidar, recebendo novamente um ‘não’ como resposta, instalando uma interrogação da profissional à usuária: afinal, como era possível não usar métodos contraceptivos e não desejar engravidar? A usuária então sinalizou que se relacionava com outras mulheres, não tendo risco de engravidar. Diante da resposta, a profissional percebeu o quanto estava cristalizado na forma de perguntar e na expectativa de resposta um viés heteronormativo, que atua tomando o relacionamento heterossexual como norma. Consideramos que a dificuldade de compreensão acerca da orientação sexual não heterossexual pode levar a dificuldades na abordagem preventiva, de modo contextualizado, pois restringe o repertório de ações e orientações profissional. Essa situação evidencia novamente uma dupla intervenção: do profissional sobre o usuário e vice-versa. Por outro lado, indica que a discussão acerca da diversidade sexual não está incorporada à formação profissional, demandando ser inserida em processos de educação permanente.

Estas situações revelam pontos de cristalização no cotidiano de trabalho da(s) equipe(s) de ESF em torno de temáticas como sexualidade e gênero, sendo prementes a inserção de dispositivos de problematização dessas lógicas e seus efeitos junto às equipes.

Ao caracterizar as possíveis distinções entre Atenção Básica e serviços especializados no tocante à realização das ações em HIV-Aids, buscamos evidenciá-los como diferentes territórios possíveis de serem habitados, proporcionando determinados enquadres de atuação que nos possibilitam situar alguns tensionamentos. Apesar de não adentrarmos na discussão sobre as tecnologias de prevenção e cuidado utilizadas em cada um dos serviços – e, se de fato são diferentes – consideramos que a preocupação aqui explicitada diz respeito à necessária qualificação das práticas, seja nos serviços de Atenção Básica ou especializada, de modo que a oferta de ações não se torne uma “oferta de ações pobres para uma população pobre”.

2. PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO

Nesta linha de análise, buscamos explorar as experiências em relação aos processos de estigmatização da Aids, interrogando a atualidade do estigma, os modos pelos quais sua presença ganha corpo, produz efeitos e se manifesta no cotidiano, perpassando os processos de subjetivação.

A ideia de que a redução do estigma possibilitou a incorporação das ações de atenção em HIV-Aids na Atenção Básica, como mencionado em Brasil (2008a), nos leva a problematizar a ideia de “redução de estigma”. Isso porque pode-se produzir a falsa percepção de que a epidemia estaria se dirigindo para um momento onde o estigma estaria se diluindo, deixando de existir, em decorrência da existência de tratamento e redução da mortalidade e gravidade da infecção. Neste sentido, abordaremos aspectos que nos permitem afirmar a atualidade do estigma, seus efeitos no cotidiano e as marcas que imprime na construção de experiências.

Em um primeiro momento, tomando como foco principalmente os relatos dos usuários e PVHA, caracterizamos esta experiência na relação com quatro aspectos: a produção de visibilidade/invisibilidade, a sobreposição espaço-tempo, a familiaridade com a Aids e a familiaridade com a morte em decorrência da Aids, abrindo caminho para a discussão sobre as “vidas precárias”.

Em um segundo momento, tomando como foco principalmente os relatos dos profissionais e da gestão, caracterizamos a experiência em relação aos processos de estigmatização, destacando os discursos do estigma, da banalização e da politização do diagnóstico.

Entre esses dois momentos distintos de análise, tomamos como referência inicial o marcador “posição” ocupada pelos participantes da pesquisa: no primeiro há um predomínio dos usuários e no segundo dos trabalhadores, gestores e controle social. Consideramos que essas posições possibilitam determinadas modalidades de exposição à questão do HIV-Aids, modulando relações específicas com o fenômeno em tela.

2.1. RUPTURAS BIOGRÁFICAS E A PRODUÇÃO DE UMA EXPERIÊNCIA NA RELAÇÃO DE VISIBILIDADE/INVISIBILIDADE

Abordar a perspectiva dos usuários recobre-se de um caráter muito especial, pois faz ressoar as palavras de pessoas comuns, vozes muitas vezes silenciadas, ainda mais quando estamos

considerando os usuários do SUS, PVHA, mulheres, com baixa escolaridade, moradoras de uma região periférica de Porto Alegre-RS. Este estrato põe em relevo o modo pelo qual as PVHA se relacionam com o diagnóstico de HIV-Aids, em especial aos aspectos relacionados ao estigma. Já apontamos em outros momentos do estudo que o diagnóstico porta um duplo. Ou seja, à doença propriamente dita agrega-se uma série de outros aspectos, possibilitando determinadas experiências sociais em relação a ela.

O diagnóstico de HIV pode delimitar uma linha divisória no modo como uma pessoa descreve o seu curso de vida. Mendes-Leite e Banens (2006), ao abordarem os relatos de PVHA, perceberam que o diagnóstico muitas vezes é vivenciado como uma “ruptura biográfica” – ou seja, descreve-se a experiência do diagnóstico como um momento que desencadeou transformações no curso da vida, sendo experienciada como um “divisor de águas”, através do qual é possível narrar a vida como um antes e um depois do diagnóstico.

Esse caráter de ruptura biográfica ficou evidenciado nos relatos das PVHA entrevistadas, como nos trechos a seguir:

Daí eu vejo as gurias e os guris bebendo na minha volta e eu podia fazer aquilo e agora não posso! E aquilo vai me dando mais raiva ainda! Ai eu digo para minha mãe “mãe, que merda mesmo! Porque que eu não posso fazer isso? Há 3, 4 meses eu podia, agora não posso!”. (choro). (...) Até mesmo porque, eu não vou mentir, não é vergonha, mas às vezes eu não quero lembrar disso, que é difícil para mim aceitar. Porque há 3, 4 meses atrás eu tava bem. Agora, 3, 4 meses mais para frente, eu estou com isso! É complicado aceitar. E nunca ninguém na vida, pode passar o tempo que for, ninguém vai aceitar, porque ninguém quer isso. (PVHA1).

Um dos desdobramentos do diagnóstico é a inserção em uma rotina de consultas, exames e demais aspectos que envolvem o tratamento no cotidiano de PVHA. Impactos emocionais também podem ocorrer, como relatado:

Depois que fiquei sabendo disso, meu humor muda muito rápido. Eu to rindo, brincando, mas daqui a pouquinho já to estressada que nem eu sei o porquê. Às vezes eu to brigando com as pessoas, mas nem eu sei o porquê. Daí eu paro e penso: será que de repente eu to com tanta coisa na cabeça e eu to descontando nas pessoas que não têm culpa? (PVHA 1).

Os sentimentos de ambivalência podem ocorrer com frequência, como desejo de viver e de morrer, culpa e vitimização e assim por diante. Por outro lado, o impacto também pode ser minimizado em decorrência das condições atuais de tratamento:

No início a gente fica meio assim, dá um receio assim, mas... Ai vim. Mas foi bem tranquilo assim, para mim. Foi bem tranquilo, daí deu positivo, né, daí ela conversou comigo, (...), então ela teve todo um jeito para conversar comigo. E eu disse ‘ah, tranquilo’, porque hoje é bem diferente de outras épocas. É bem diferente, então hoje já dá para ti encarar mais. Se fosse em outros tempos a pessoa pensaria “to morta”. (PVHA 2).

Nesse sentido, a PVHA 2 evidencia mudanças no significado atribuído à Aids, a qual não designa necessariamente a ideia de morte. Trata-se de uma mudança relativa ao âmbito da classificação – do HIV como doença aguda, associada à morte, para o HIV como doença crônica - possibilitando também uma nova experiência no contato com tal classificação. Portanto, no contemporâneo, é possível fazer uma experiência de si em relação ao HIV-Aids que não tenha necessariamente a morte como destino imediato. Apesar disso, essa mesma usuária traz à tona a dimensão da morte que ronda as fantasias e as interrogações sobre si mesmo, levando-a a não revelar o diagnóstico para os filhos:

Até porque, eu penso que a primeira coisa que eles vão pensar é: “vou perder minha mãe!”. (...) eu penso também, quando eu contar, como é que vai ser? Porque eu não quero que dentro da minha casa vire uma tristeza, algo sem vida, assim, não sei se tu está conseguindo entender? (PVHA 2).

Nesse sentido, torna-se possível pensar que a morte não é mais percebida necessariamente como um destino imediato relacionado à Aids, mas ela permanece como um interrogante às vidas das PVHA. A relação com a morte não se dilui, mas se reconfigura. Castiel e Alvarez-Dardet (2007), ao analisar os efeitos das descobertas e avanços da ciência, fazem uma importante ponderação sobre as tecnologias biomédicas: elas oferecem novas possibilidades, mas isso não significa que seja fácil aderir a elas ou mesmo fazer escolhas. Existe um risco, segundo os autores, de uma responsabilização/culpabilização sobre o indivíduo: aparentemente as condições (biomédicas) estão disponíveis, bastaria aderir a elas. O problema é que mesmo as tecnologias biomédicas também podem oferecer riscos aos seus usuários, como os efeitos colaterais que podem advir das medicações antirretrovirais.

Apesar de o impacto emocional do diagnóstico ser diferente entre as duas PVHA entrevistas, ambas relataram o impacto posterior no que diz respeito aos modos de organização da vida e a emergência de alguns dilemas. Um deles diz respeito à revelação do diagnóstico: revelar ou não revelar? Para quem? Em que momento e como? Essas interrogações persistem no estágio

atual da epidemia, evidenciando que a Aids produz uma tensão entre os seus modos de visibilidade e invisibilidade.

Em relação a esse aspecto, a PVHA1 relata uma seletividade em relação às pessoas para as quais revelou o diagnóstico, segundo critérios de confiança, proximidade afetiva e necessidade de receber apoio:

Minha mãe, meu pai, meu tio. ãh, o meu pai biológico mesmo. E o meu outro tio, irmão dele, porque eu estive na casa dele e ele também sabe de tudo essas histórias. E a pessoa que agora estou atualmente, que no caso foi o meu primeiro namorado, daí eu larguei ele, passei a trabalhar antes de descobrir a doença, daí eu encontrei outra pessoa, passei a viver com ela, e agora que me separei dele essa pessoa me procurou. (PVHA 1).

A PVHA 2 afirma que: “Lá em casa ninguém sabe, só eu. Eu não quis passar isso para as minhas filhas” (PVHA 2). A não revelação pode aparecer como uma forma de proteção, visando evitar estar exposto ao estigma e à discriminação:

Comigo eu creio que não aconteceu ainda porque ninguém sabe, mas tem. Eu fico assim até por causa da minha... para também eu não me magoar, e eu também não sei como que eu ia reagir, não sei. Nessa parte assim já percebi que eu tento me proteger de todas as formas, sabe. (PVHA 2).

A não revelação do diagnóstico é permeada por uma dinâmica de segredo e encobrimento, semelhante à descrição realizada por Goffman (2008). Para que o diagnóstico não seja descoberto, algumas estratégias são utilizadas na relação com a família e com os amigos, visando manter em segredo os signos da Aids:

A minha pasta [com exames] fica encerrada dentro de uma gaveta do meu pai, porque eu morro de medo que os meus irmãos peguem. Eles pegam, se pegam, daqui a pouco Viamão inteiro está sabendo! (PVHA 1).

Ah, [a medicação] fica sempre no meio das minhas roupas. Porque nas minhas coisas eles não mexem. Estão lá os meus papeis e os medicamentos, sempre ficam lá. (PVHA 2).

Além de esconder os aspectos materiais que poderiam revelar o diagnóstico, outro desafio que pode surgir diz respeito ao encobrimento de aspectos emocionais desencadeados após o diagnóstico, visando a que as pessoas ao redor não percebam que algo diferente está ocorrendo:

Para não mostrar para as pessoas o que eu to sentindo, porque as pessoas vão vir me perguntar “o que tu tem? O que está acontecendo?” e eu não quero esse tipo de pergunta! Entendeu? Que se é uma pessoa que te conhece, que te viu crescer, sabe como é que tu está. (PVHA 1).

O impacto da não revelação pode ser a falta de apoio em determinados momentos, como descrito na literatura (UNAIDS, 2008) e referido pela PVHA 2:

Então para mim foi bem difícil assim, eu ali sozinha, tem que ter coragem, não poder contar com ninguém, tem que ter coragem para [tomar a medicação], vai fazer mal se não tomar! E aí o primeiro dia foi complicado demais. De meia em meia hora eu ficava me observando para ver se ia acontecer alguma coisa comigo. (PVHA 2).

Outros aspectos não diretamente relacionados à Aids podem se constituir em atravessamentos ao seu tratamento, como no caso da PVHA 2 que tinha transtorno do pânico, não conseguindo circular sozinha pela cidade. Para ir até o serviço especializado era necessário um acompanhante. O principal desafio, neste caso, era levar um acompanhante junto até o serviço especializado – produzindo uma situação de visibilidade - mas sem despertar a percepção de que se tratava de um serviço especializado para esta finalidade e/ou que a frequência àquele serviço era decorrência de um diagnóstico de HIV, revelando uma intenção de invisibilidade. Nesse sentido, diferentes estratégias eram utilizadas para o encobrimento de determinados signos da Aids. Ao levar uma amiga como acompanhante, esta

Já começou a questionar alguma coisa. Aí já não me senti muito bem. E eu não tenho confiança, assim, de chegar e falar. Eu penso assim comigo: se ela comenta de outras amigas que ela tem para mim, porque que ela não vai comentar de mim para outras? (...) porque eu não quero, hoje, expor para ela e amanhã ou depois alguém ouviu eu falar ou até mesmo ela falar. Ou ter da parte dela um preconceito ou alguma coisa. (PVHA 2).

Esse trecho, assim como o seguinte, demonstra uma das estratégias de encobrimento do diagnóstico na interação estabelecida e a tensão constante para a manutenção do segredo, assim como o receio de que a estratégia de encobrimento seja revelada, mediante a não sustentação da argumentação:

Falei alguma coisa em algum momento, não lembro direito o que foi, mas tinha comentado sobre os exames, que não estavam muito bons, mas exatamente o que era eu não tinha falado, falei que era só uns exames de sangue – até não sei de onde tirei isso, disse que as plaquetas estavam muito baixas – e já era para morrer o assunto ali, sabe. E depois ela ficou perguntando: tá, mas o sangue não está

muito legal? Então não é problema de rins? E ai foi... ai pensei: não vai dar certo, porque não gosto de estar mentindo, daí vai ficar numa coisa.... Não vai dar certo... daí eu até não convido ela para ir, até porque lá ela já fez um monte de pergunta, vai que encontre alguém conhecido dela, porque ela conhece muita gente, né. (PVHA 2).

A estratégia de encobrimento, por representar uma “mentira”, pode despertar a tensão relacionada à possibilidade de descoberta, além do próprio sentimento de culpa. Em um momento posterior, as filhas passaram a acompanhá-la e a estratégia de encobrimento utilizada passou a ser a da “distração”, conforme demonstrado a seguir:

A minha filha de 14 anos vai junto. Até agora ela não me perguntou nada. É muito tranquilo assim, porque sempre que eu vou com elas – porque, essa última foi ela, a XXX, a YYY que é outra minha filha, e a minha sobrinha. Então eu sempre levo assim, salgadinho, refri, que elas ficam envolvidas ali, [risos], e celular...então elas não tem tempo para captar alguma coisa. (PVHA 2).

Há situações em que as estratégias de encobrimento podem não funcionar, como na situação relatada a seguir, onde ela percebeu que outra pessoa tinha HIV ao observar que manipulava um comprimido “igual ao seu”:

Até porque foi bem engraçado, porque não foi ela que me contou que tinha, né. Eu frequento a igreja e quando o pastor chamou... foi bem engraçado! [Risos]. O pastor chamou para ir na frente do altar e eu fui e não fiquei muito na frente, fiquei perto dos bancos. E ela estava sentada 2 bancos atrás e bem na hora que eu olhei eu vi ela com o remédio laranja. Ai eu olhei: ah, mas aquele remédio é parecido com os meus! E, sabe, fiquei o tempo todo com aquilo na minha cabeça, e ela estava passando por uma fase meio ruim, sabe, separação do marido, né. Ai fiquei com aquilo martelando: como que vou fazer para conversar com ela? Como é que... sabe, fiquei com aquilo. Vai saber se ela não está sozinha nesta, né!? Ai um dia a gente saiu para evangelizar e eu arrumei um jeito de nós duas sair juntas, porque estavam em grupos, né. E daí fui puxando o assunto com ela. E ela disse “é, pois é, gurria, fiz os exames e deu positivo”. E eu disse para ela, “ah, desculpe de estar te perguntando, é porque é igual aos meus!”. Quando eu falei isso, ela “ah! Tu, gurria? Mas tu é tão gordinha!” [risos]. Mas foi bem engraçado, assim! (PVHA 2).

Nesse sentido, a estratégia de encobrimento entre duas PVHA torna-se mais difícil de ocorrer, pois um dos signos da Aids - a utilização da “medicação laranja” – pode ser facilmente reconhecido, tornando-o mais difícil de ser despistado. Para uma pessoa que não vive com HIV-Aids e não conhece essas medicações, a cena descrita acima poderia passar despercebida: poderia ser apenas um medicamento para dor de cabeça ou qualquer outro motivo. Outro aspecto a ser

destacado do trecho acima é a surpresa de uma das PVHA diante da característica física – “gordinha” – da outra, evidenciando a relação ainda presente no imaginário entre ter HIV-Aids e ser magro ou ter um aspecto de doente. Apesar disso, o contato com outra PVHA pode revelar-se importante fonte de apoio e troca de experiências:

E eu ainda não estava tomando os medicamentos. Estava com eles em casa, mas não estava com coragem para [tomar]. (...). E daí ela disse para mim: “ah, guria, tu já está tomando os medicamentos?”, e eu disse “é, inclusive eu peguei esses dias, mas eu não tive coragem”, e ela quase implorou para eu tomar! Ela disse “toma, toma”, porque ela não tomou, tinha os medicamentos e não tomou, ai ficou ruim. Começou a ter tontura, mal estar, mas não se preocupou muito. Disse que um dia foi num barzinho e desmaiou, e foi acordar na UTI. Ai ela me disse “toma, toma, porque no começo é ruim, é difícil, mas depois que o organismo acostumar, já era”. E daí aquilo, assim, foi tipo um puxão de orelha, né. Conversando. E hoje está mais tranquilo assim. (PVHA 2).

Essa situação também evidencia a importância do apoio mútuo como estratégia de cuidado e incentivo à adesão ao tratamento. O apoio mútuo constitui-se em situações de interação e compartilhamento de experiências entre pessoas que vivem com HIV-Aids. É este princípio que fundamentou a criação Organizações Não Governamentais (ONG) como o Grupo de Apoio às pessoas com Aids (GAPA).

As estratégias relacionadas à manutenção do segredo ou encobrimento dos signos da Aids também se fazem presentes em outras situações do cotidiano das PVHA, como na nova rotina que envolve consultas e exames, além das prescrições ou recomendações médicas que levam à alteração de aspectos da rotina de vida. Um dos exemplos foi a recomendação médica de não ingestão de bebidas alcoólicas, produzindo impacto nas relações sociais, conforme relatado a seguir:

Ai as pessoas perguntam: “tu não vai beber? tu não pode beber por quê?”. Ai eu tenho que dar uma desculpa, que eu to tomando remédio para dor de dente, porque eu to com anemia, porque eu to com aquilo. Mas eu nunca posso dizer o que eu tenho. Então a situação se torna difícil. Ontem eu tava la em cima, eles estavam tudo bebendo, me perguntando por que eu não estava bebendo? (...) A minha sorte é que essa semana eu fui no posto para o dentista e eles tudo sabiam que eu tinha ido no dentista. Das outras vezes me perguntando “por que tu não vai beber? Ta loco, tu que adora empinar uma garrafa? E eu vou dizer o que? Olha, eu tenho HIV!”, e amanhã Viamão inteira está sabendo! Ou para, de repente, eu nem saber que reação eles vão ter! (PVHA 1).

O dilema da revelação/não revelação do diagnóstico é mediado por uma expectativa paradoxal, variando da aceitação e compreensão dos amigos ao receio de sofrer discriminação e

reações de violência verbal e/ou física. Duas informações co-existem, uma delas veiculando confiança e outra veiculando desconfiança em relação à reação dos amigos. Desse modo, uma sensação de tensão constante é produzida:

Ai tu para e pensa: se não fosse exatamente isso? Se toda pessoa que eu tiver que conhecer eu tiver que olhar para a cara dela e ta, para ficar comigo, eu tenho HIV, como é que seria? Eu não sei a reação dela, a pessoa pode ter um ataque, me falar um monte de coisa, me ofender, falar coisas que eu não gostaria de ouvir, ou qualquer outra pessoa não gostaria, até mesmo estando normal, não gostaria de ouvir. Então esse tipo de coisa te incomoda muito. (PVHA 1).

As perguntas levantadas pela usuária nos remetem à interrogação levantada por Rodrigues (2010), em um escrito que parte de uma questão já instigante: “o que fazemos com o que nos contam?”. A questão que surge, em certo momento, é a seguinte: “Pois onde estarão a norma e o normal nesse momento? Do lado da submissão prudente, da adaptação à égide nazista, da sobrevivência às custas de uma obediência? Ou, ao contrário, do lado da invenção de um outra norma – arriscada, móvel, ruptural, experimentante – por mais que ela possa conduzir até mesmo à morte?” (RODRIGUES, 2010, p. 2). Nesse sentido, coloca-se como questão: que invenções são possíveis às PVHA, diante dos imperativos a que são expostas?

Para as PVHA, o estigma e a discriminação surgem tanto como uma expectativa na relação com outras pessoas, como também se constitui como fato vivenciado concretamente, como em algumas cenas relatadas. Identificamos três modos de expressão do estigma e da discriminação: direto, indireto, não percebido. Na vivência “direta”, a PVHA é alvo explícito do estigma e reconhece tal situação, como na cena a seguir, onde a PVHA foi culpabilizada pelo companheiro em decorrência da infecção, desencadeando agressões verbais, físicas e a intenção de estabelecer restrições em decorrência da presença do HIV:

Ele passou a se tornar agressivo verbalmente, já era, já estava começando de antes. E quis começar a se tornar uma pessoa agressiva fisicamente e eu não aceitei. (...) [Ele dizia] que eu era igual a todas as outras, (...) Que eu tinha feito roleta russa da minha vida, que eu tinha matado ele e tinha me matado, que a culpa não era dele de estar assim. (...). Dizia que eu era burra, que se fosse ele, que não vai dar um mês, que se eu durar 6 meses eu tenho que levantar a mão para o céu e eu disse para ele: eu vou durar muito mais do que isso. Doeu bastante. (PVHA 1).

Outra situação envolveu a quebra do segredo do diagnóstico, desencadeando barreiras de contato e agressões verbais.

Eu tenho que sempre pensar no preconceito da pessoa: como eu vou reagir com aquilo, que é muito ruim, que eu já passei por um. Uma vez já. Por causa que... a prima do rapaz que eu to atualmente, ela viu os meus exames, viu que eu estava chorando e perguntou. E por ela se criar comigo dentro de casa, eu contei para ela. E ela passou para outra pessoa. E essa outra pessoa não quis chegar perto de mim. (PVHA 1).

Por outro lado, na relação que nomeamos como “indireta”, a PVHA percebe o estigma e a discriminação através da identificação com outra PVHA:

Perto da casa da minha filha tem um pit bul e esses dias ele tava solto e foi o meu genro que socorreu a guria, porque o pit bul pegou as pernas dela. Ta, daí no outro dia essa minha filha chegou e disse assim: “ah, mãe, a senhora nem sabe! Porque ele se sujou de sangue, né! E a senhora nem sabe, a guria que ele socorreu parece que tem HIV”. E eu disse, na hora, acho que foi tão assim que ela ficou até meio [assustada]: “mas qual é o problema? Não estou vendo nada demais! Ah, então o pit bul tinha que ficar ali mordendo a guria porque ela tinha HIV?”. “Ah, mãe, não é isso, é que se ele pega HIV?”. “Não! Ele tava machucado? Não tem nada a ver...”. Daí ali eu já fiquei pensando, imagina se eu conto? Até já fiquei questionando a questão de eu cuidar da nenê, porque não é minha filha que não vai ter preconceito! Isso não quer dizer nada. Claro que para mim, vamos supor, eu contar e ela ter para mim, ela vai fazer de tudo para eu não perceber, né. Mas eu já pensei nessa questão: será que ela não ia querer mudar o tratamento com o nenê, ou ficar com a nenê, ou coisa parecida? Porque preconceito de várias, já vi várias. E me gera uma revolta, assim que tu nem imagina! Se eu puder me meter no assunto, eu já me meto! (PVHA 2).

Nesse sentido, apesar da situação não ter sido dirigida a ela, pode-se vivenciar a situação por identificação, despertando questões como: e se fosse comigo? E se fosse eu no lugar daquela pessoa? No caso relatado, o receio seria o da interdição de contato na relação com a neta. Ao mesmo tempo, chama a atenção a resposta dada pela PVHA, que não demonstra uma passividade, mas sim uma reação àquela situação, incidindo sobre o estigma.

Por fim, podem ocorrer, ainda, situações de discriminação “não percebidas”, nas quais a pessoa, apesar de ser alvo de estigma e discriminação, não os reconhece. A situação a seguir diz respeito ao que a mãe de uma PVHA pensa sobre ela relacionar-se com outro rapaz, que aparentemente não vive com HIV:

A minha mãe não aceitou muito. Ela perguntou para ele: e quando a tua família descobrir? Como tu acha que vai ser? A tua família cai dura em cima dela e cai em cima de ti! E se tu pegar? Não vai mais poder beber, não vai mais poder fumar! Não vai mais poder fazer isso. E ele disse “eu sei, eu tenho 24 anos, eu sei o que eu faço”. (PVHA 1).

Uma das possibilidades é que essa terceira situação não seja reconhecida como discriminante em decorrência da auto-estigmatização, que se refere a uma espécie de internalização do estigma, despertando pensamentos e comportamentos que visam antecipar-se à ocorrência de um ato discriminatório, constituindo-se também como um mecanismo de proteção. A discriminação, nestas situações, relaciona-se com a crença de que a pessoa não teria o mesmo direito a ter uma relação com outra pessoa em decorrência da presença do HIV. Referente à auto-estigmatização, podemos considerar que ela envolve o sentimento de culpa e, como decorrência, a punição ou sensação de não-merecimento (MORRISON, 2006). Consideramos que a noção de auto-estigmatização pode ser problemática, caso leve à posição de crítica à pessoa que possui comportamentos estigmatizantes em relação a si mesmo. Essa interpretação conduziria a uma posição de dupla culpabilização. No entanto, é necessário deixar claro que, do ponto de vista do regime social no qual estamos inseridos, o “auto-estigma” nada mais é do que um modo pelo qual o estigma efetua uma dobra sobre o processo de subjetivação. Portanto, o auto-estigma provém, antes de tudo, do estigma percebido em relação ao contexto externo.

As cenas e situações apresentadas enunciam a presença do estigma. A descrição realizada demonstra certo detalhamento, remetendo a diferentes âmbitos nos quais é possível perceber o modo pelo qual a pessoa interatua em relação ao seu diagnóstico e, mais precisamente, em relação ao estigma. Essa escrita “saturada” de cenas e relatos visa ressaltar o sentimento despertado no autor desta tese durante o processo de escuta das PVHA. Quando pensava-se encerrado o relato de alguma situação que evidenciava as repercussões do diagnóstico ou do estigma relacionado à Aids, uma nova história surgia, uma nova cena, uma nova dúvida. Essa proliferação de situações visa tornar evidente que o diagnóstico pode se constituir como uma marca que atinge cada filigrana da vida de uma pessoa – desde o momento em que acorda, até o momento de dormir, ainda mais se estes momentos estiverem associados ao horário de ingestão da medicação, muitas vezes descrito como um momento que ‘obriga’ a pessoa a lembrar-se que tem Aids. Passa a ocorrer uma experiência de si na relação com o diagnóstico e com o estigma. E é em relação a este aspecto, precisamente, que apontamos uma continuidade no tocante aos modos de subjetivação: interrogar-se sobre a revelação do diagnóstico e todos os seus meandros ainda é uma questão em nossa sociedade, indicando que “algo” permanece neste processo. E é dentro destas tensões que se

produzem modos de subjetivação, modos de fazer uma experiência de si. A “confissão”, presente na ética cristã, remete a um modo pelo qual a sociedade espera que as PVHA consigam elaborar o seu diagnóstico. Revelar ou não revelar pode passar tanto por uma construção moral quanto por uma construção ética. A construção moral toma a revelação como norma, como “algo correto a se fazer”. A relação ética, por outro lado, leva a uma reflexão constituída na relação com esse imperativo. Revelar por quê? Revelar para quê? Revelar para quem?

Ian Hacking (2001) apresenta importantes contribuições para nos auxiliar a compreender o modo como um diagnóstico funciona como uma espécie de rótulo, o qual não apenas designa ou constata um estado pré-existente, quanto também cria novas relações com o sujeito. É justamente por existir essa relação entre designação e sujeito que historicamente houve mudanças nas nomenclaturas utilizadas para fazer referência às pessoas com HIV-Aids: elas já foram chamadas de “aidéticas”, “portadoras de HIV-Aids”, “soropositivas”, até ser assumida a designação “pessoas vivendo com HIV-Aids”, abreviada como PVHA, atualmente utilizada nos documentos oficiais do Ministério da Saúde. Da primeira designação citada à última, busca-se distinguir os lugares para o HIV na relação com as pessoas diagnosticadas. A palavra “aidética” acabava reduzindo a pessoa à sua doença. Além disso, surgiu em um momento histórico onde tornou-se impregnado por um valor pejorativo, a ponto de poder ser apropriado no senso-comum como uma ofensa ou xingamento em relação a alguém. Nesse sentido, trata-se de uma designação estigmatizada e estigmatizante. O termo soropositivo recebeu crítica semelhante, de reduzir a pessoa à soropositividade. Já o termo “portador de HIV-Aids” recebeu críticas por expressar a ideia de que a pessoa “portava” algo. Por outro lado, o termo PVHA insere a perspectiva de que existe, antes de tudo, uma pessoa, que vive com o HIV, o qual se constitui como um dos aspectos de sua vida, mas não de sua vida por completo. A mudança da designação busca inserir também uma nova discursividade em torno daquilo que é designado. O diagnóstico de HIV-Aids e essas diferentes designações interagem com as pessoas. Para auxiliar na compreensão dos modos pelos quais uma designação ou “rótulo” interage com a(s) pessoa(s), Hacking (2001) apresenta o conceito de classes interativas. Segundo o autor, o termo “interativa” não se refere às pessoas, mas às classificações que podem influir sobre o que é classificado. Essa interação entre a classe – que aqui pensamos como sendo o diagnóstico de HIV – e aquilo que se classifica, pode produzir modificações nessa relação. As classes interativas se referem a classificações que incidem sobre pessoas, as quais têm conhecimento de seu entorno social e são impactadas pelas classes que lhes são atribuídas: ser homem ou mulher,

ser trabalhador ou desempregado, ser morador do morro ou do centro da cidade, e assim por diante.

Segundo Hacking:

Interessam especialmente as classificações que, quando são conhecidas pelas pessoas ou por quem está ao seu redor e usadas em instituições, mudam as formas pelas quais os indivíduos têm experiências de si mesmos. Podem levar a que os sentimentos e conduta das pessoas evoluam, em parte, por serem classificadas assim. Tais classes (de pessoas e sua conduta) são interativas (2001, p. 175-175).

O diagnóstico, perpassado pelo estigma, demonstra sua capacidade de operar modificações na imagem que a pessoa faz de si mesmo, estabelecendo um conjunto de restrições e/ou possibilidades. A atribuição de um estigma guarda semelhanças à inserção em um estabelecimento – como a instituição total de Goffman ou as instituições disciplinares de Foucault – no qual o interno passa a ser submetido a um conjunto de regras que incidem sobre sua conduta. Em nosso caso, os serviços de saúde constituem-se apenas como pontos de passagem. Porém, como afirma Foucault (DELEUZE, 2006), as relações de poder estão em toda parte, pois são imanentes à constituição da trama social. É o que se observa no relato da PVHA ao referir que há alguns meses podia fazer tantas coisas e que, após o diagnóstico, sente não mais poder fazer. Não é a presença física em um estabelecimento que a impede, mas sim a incorporação de normas institucionais em seu cotidiano de vida a céu aberto.

Nesse sentido, a noção de interação busca ressaltar a forma como os atores podem conhecer a si mesmos através da relação ou experiência com uma marca, uma classe. Essa noção também fortalece a noção de duplo, apresentada na construção do problema de pesquisa, evidenciando que o diagnóstico não tem como desdobramento apenas a indicação de tratamento, mas sim uma mudança nos modos de reconhecer a si mesmo e fazer uma experiência na relação com um campo normativo. Do mesmo modo, podemos compreender que muitas vezes a chamada “negação do diagnóstico” em PVHA ou até mesmo os receios que algumas pessoas apresentam em relação ao teste não advém necessariamente do HIV e suas implicações biomédicas, mas desses outros aspectos que se agregam ao diagnóstico.

Nesse sentido, este estrato buscou colocar em evidência a atualidade do estigma, sob a perspectiva das PVHA, ressaltando-o como um aspecto que não pode ser negligenciado no âmbito das intervenções. Afirmar que a diminuição do estigma constituiu-se como uma das condições para a descentralização do tratamento traz consigo o risco de não reconhecimento dos modos pelos quais o estigma permanece operando na atualidade. O desejo de invisibilidade no acesso às ações em

saúde permanece operando na relação entre as PVHA e os serviços de saúde, demandando um gerenciamento das tensões emergentes.

2.2. “NEM MAIS, NEM MENOS ESTIGMA”: A SOBREPOSIÇÃO DO ESPAÇO-TEMPO NOS PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS

O segundo estrato se refere às experiências relacionadas ao estigma a partir da perspectiva dos usuários que realizaram o teste na unidade de saúde. Existe uma continuidade deste estrato em relação ao anterior no que diz respeito aos relatos tanto de expectativa de estigma quanto de situações concretas presenciadas em relação aos mesmos. No entanto, trata-se de uma experiência perspectivada através de outra posição, na qual o diagnóstico de HIV-Aids se insinua sobre a pessoa, apesar de ainda não ter sido ‘afixado’ sobre ela.

A maioria dos 19 entrevistados relatou ter a expectativa da existência de estigma e discriminação em relação à pessoa que tem Aids, assemelhando-se aos relatos obtidos no primeiro estrato.

Acho que tem muito preconceito... muito preconceito, (...) ninguém mais vai nem querer chegar perto de mim, tipo, ficar comigo, como dizem, de ficar, essas coisas assim... (...) acho que é o que todo mundo pensa. Ah, tipo, ninguém mais vai querer se relacionar comigo porque vão saber que eu tenho”. (Us. 4).

Entre as pessoas que têm expectativa da existência de preconceito, 9 relataram situações de seu cotidiano onde presenciaram atitudes que denotam a estigmatização e discriminação de pessoas com Aids. Nesse sentido, elas não só têm a expectativa, como também já presenciaram situações concretas.

Hoje em dia a tia da minha esposa, por exemplo, tem muito preconceito. Se ela sabe, ela não fica em lugares, não usa os mesmos talheres e banheiro”. (Us. 5).

Outro entrevistado relata situação semelhante, envolvendo separação de objetos:

Eu já vi até da minha mãe! A amiga dela uma vez foi [risos, vergonha]. Ai, que louco! Essa amiga da minha mãe que falei que estava [com HIV], ela foi lá em casa, foi lá visitar a gente. Daí minha mãe serviu café para ela, depois “ai, pega esse copo aí, pega esse copo e lava bem”, tipo, deixa ele de molho, o copo e tal. Daí eu “ah, para que fazer isso, mãe?” e ela “ah, mas vai saber, né? (Us. 14).

As duas situações relatadas acima envolvem pessoas familiares. Em outra situação, observamos o relato de uma situação de discriminação que ocorreu na rua.

Que nem essa guria ai que te falei, essa menina que tem 15 anos, eu conheço ela já há um tempo, a gente só não se fala, porque ela era parente da minha ex-cunhada, e com ela eu via bastante preconceito assim, tipo, as outras meninas mexendo com ela, chamando ela de aidética, doente, essas coisas, sabe. (...) Sim, já presenciei, na rua assim. (...) Nada legal. Por isso que ela já tentou se matar várias vezes. Ela saiu do morro, não mora mais aqui, ela se mudou. Porque ela não aguentava mais o preconceito, entendeu? (Us. 13).

A chamada “fofoca” também é uma forma de expressão do estigma, na qual a revelação do diagnóstico de uma pessoa circula dentro de uma rede de sociabilidade, produzindo comentários em relação a ela, com desdobramentos em relação ao comportamento a ser adotado na presença desta pessoa, como demonstra o relato a seguir:

Eu já ouvi falar de uma guria ai que a mãe dela falou que ela ta e não sei o que... safadona, né meu, dá para qualquer um, fiquei sabendo ai por cima, né. Daí tava falando, reuniãozinha de guri, amigos, e eles falavam: ah, legal de comer essa ai, porque ela é gata, gata, sonho de mulher. Daí o cara falou: ah, ela ta com o bichinho. Daí vai saber se é verdade!?! Aí, a mãe dela falou, e ai, o que a gente vai pensar? [A mãe dela] falou com uma amiga, e a filha da outra ouviu, e assim foi. E vai saber, e agora? (Us. 9).

Em outra situação relatada, o estigma é revelado através da fofoca disseminada no âmbito do trabalho:

Minha colega de serviço, que até minha gerente comenta “Ai, fulana tem HIV, ela quer passar pra todo mundo, que não sei o que, não se cuidou”. Eu fico quieta assim olhando, mas eu não gosto de pessoas que ficam assim sabe... (Us. 11).

Um rapaz entrevistado, de 18 anos, revela que a mãe foi diagnosticada com HIV durante a gestação. Conta que a mãe o rejeitou, de modo que foi criado pela avó. Em relação ao estigma e discriminação ele relata que

Eu não tenho preconceito, mas quando era mais jovem acho que tinha, não gostava nem de tomar no mesmo copo. Agora hoje em dia não. (...) Daí o cara falou que não passava para mim passar. O cara falou, explicou para mim. Ai pra mim, saliva passa, beijo passa, mesmo copo passa, isso ai pra mim passava. Ai com as palestras do SUS eu já sei tudo agora. Ai entrei na internet, explicou muito bem. Mas depois que eu sei que não passa, eu tomo no mesmo copo, como no mesmo garfo... não passa, né? (...) só pelo contato de sangue e sexo. E agulha. Agora sim

que eu sei, mas antes eu achava que passava. Eu tinha medo, porque “ah, ela tem aids, vou ficar perto dela”, “ah, não sei o que”, tinha medo de pegar. Agora não, agora pode... ah, enche o copo de refri ai e eu tomo junto! (Us. 9).

Nesse sentido, a informação disseminada através de ações de prevenção teve importante papel na redução do estigma. Outro participante da pesquisa relatou uma situação onde foi autor de discriminação, no entanto, sem perceber a ação como discriminatória.

E eu agora também marquei mais por causa disso, porque ele, esses tempos, pousou ali em casa e usou meu prestobarba, daí eu fiz a barba, daí ele “Bah, eu usei o teu prestobarba”. (...) É, daí eu fiquei com medo. Daí eu comentei com a minha esposa, daí ela “Não, vamos lá pra a gente poder já fazer [o teste] né”. De repente já mostra aqui né.(...). Mas sempre que ele pousava ali em casa eu sempre separava as coisas minhas né das dele, até o dia em que ele usou o meu prestobarba, daí eu fiquei meio... ah, já me assustei todo. Nunca fiz nada errado, agora por causa de um prestobarba... daí eu fiquei... (...). Quando ele pousou ali em casa eu cuidei bastante a minha esposa. Ela é meio desligada pra essas coisas, e ele está sempre cortado e eu falava “Te liga”, ficava cuidando. Eu sou bem espiado pra esses negócios aí. E daí acabei eu caindo né...”. (Us. 10).

Neste trecho pode-se destacar uma série de aspectos. Entre eles, o imaginário de que a infecção pelo HIV está ligada a “fazer alguma coisa errada”, tomando-se por base um julgamento moral atrelado ao dispositivo da sexualidade, como já abordado ao longo desta tese. Outro aspecto diz respeito à discriminação, expressa pela separação de objetos e, por fim, pelo receio de ter se infectado através da lâmina de barbear que foi usada por outra pessoa que supostamente poderia ter HIV. Neste caso, a discriminação foi claramente produzida pela falta de informações corretas sobre as formas de infecção. Remete ainda a situações vivenciadas no início da epidemia, no momento em que ainda não havia clareza sobre os modos de infecção, produzindo um imaginário de infecção pelo contato, pelo ar e assim por diante.

Como contraponto, temos a situação de uma mulher que tem uma irmã com HIV e que também conheceu e ajudou a cuidar de um senhor que tinha Aids e, segundo ela, tratava sem nenhuma discriminação

No caso da nossa irmã, (...) eu fui a primeira a correr, a outra minha irmã também, não houve diferença nenhuma com isso. Pra qualquer um que fosse, tem que cuidar, eu até cuidei de um senhor que não era nada meu, que acabou sendo abandonado nos fundos da minha casa, e teve um acidente, a gente acabou descobrindo que ele era portador do HIV. Eu cuidei dele 5 anos, mas pra mim não fazia diferença se era portador ou não. Depois ele faleceu. (Us. 12).

Uma das entrevistadas relatou a expectativa de sofrer violência física do companheiro e da sogra, caso seu diagnóstico fosse positivo. Essa usuária demonstrava estar angustiada e em intenso sofrimento no momento da realização do teste. Segundo relatou, estava há algumas noites sem conseguir dormir, desde que foi avisada que seu ex-marido, de quem está separada há cerca de 8 anos, está hospitalizado em estado grave com Aids, motivando sua procura pelo teste. O que mais a preocupava não era o HIV em si, mas a reação do atual marido e da sogra:

Meu marido: “Se eu peguei, peguei de ti, e se a minha mãe ficar sabendo eu não sei o que ela vai fazer contigo”. Então minha vida está em risco pelo lado da doença, que posso até durar uns 20 anos, se me tratar. E uma hora posso ser quebrada na esquina porque eu passei uma doença para o filho dela... Imagina se ela fica sabendo, eu já pensei várias coisas. (Us. 16).

Esta situação enuncia a permanência do estigma e o quanto este não é modulado apenas pelo fato da Aids ser uma doença aguda ou crônica. Como a usuária menciona, o fato de o tratamento possibilitar que ela viva 20 anos ou mais não exclui a possibilidade que ela seja morta pela família do marido – tanto no sentido físico da morte quanto da violência e humilhação a que pode ser submetida. O diagnóstico, em situações como esta, pode disparar uma série de questionamentos e julgamentos morais em torno da PVHA, que pode não apenas recair sobre ela como culpabilização, como também como condenações. Essa situação evidencia uma diferença da reação frente a uma doença estigmatizada como a Aids, chegando ao ponto de a pessoa não ser considerada – em decorrência da doença – alguém que precisa ser cuidada e protegida, mas sim, alguém que deve ser atacada ou até mesmo morrer.

Entre os 19 usuários entrevistados, um relatou perceber variações, dizendo que o estigma ainda é presente, mas menos do que antigamente, pois “hoje a Aids é como a gripe”. Um dos entrevistados relata ter a percepção de que quase não existe mais preconceito, de que é muito mais tranquilo atualmente, em comparação com o que foi no passado. Outro relata que ainda existe preconceito, apesar de haver também a banalização. Apenas 2 entrevistados não mencionaram diretamente expectativas relacionadas ao estigma e à discriminação.

Neste sentido, este estrato não se diferencia muito do primeiro no que diz respeito à expectativa de estigma e discriminação ou da constatação de que eles ocorrem. Em alguns casos a possibilidade de um diagnóstico é vivenciado com extrema angústia, como em um dos casos que envolve risco de agressões, separação, entre outros aspectos. Porém, de modo geral, trata-se de

uma expectativa posicionada a partir do lugar do observador. Observador que ora se posiciona de modo empático, identificado, ora de modo a sentir-se ameaçado pelas PVHA.

No atual contexto da epidemia de Aids, estudos demonstram uma redução do estigma em alguns aspectos e manutenção em outros (GARCIA, KOYOMA, 2008), enquanto outros estudos indicam uma transformação nos modos de expressão do estigma e da discriminação, criando uma espécie de tolerância ao convívio com PVHA (ZUCCHI et al, 2010), como já demonstrado na revisão elaborada no início do trabalho.

Consideramos que os estudos que buscam mensurar o estigma, perspectivando-o em uma relação de redução ou incremento, podem criar uma falsa percepção de que estamos nos encaminhando facilmente para uma situação na qual o estigma estaria se diluindo ou deixando de existir. Em Brasil (2008), por exemplo, argumenta-se que “com a redução da mortalidade e da gravidade da infecção, reduzia-se também o estigma e o preconceito associados à doença” (p. 22). Porém, como temos afirmado nesta tese, principalmente na abordagem sobre a sexualidade, o estigma não apoia-se unicamente sobre a gravidade da doença e mortalidade (aspectos que fariam com que a Aids se colocasse em posição semelhante ao câncer, por exemplo), mas também sobre outros estigmas e aspectos da sexualidade, que possibilitam a hierarquização, a valoração e julgamento de comportamentos, ações, orientações e uma série de marcadores. A mudança na gravidade da doença não é necessariamente acompanhada de uma mudança em relação a outros elementos sobre os quais a produção do estigma se apoia - em relação à prostituição, ao uso de drogas, ou à ideia de que ter HIV revela um desvio, algo ‘errado’ acerca de determinada pessoa. Portanto, não altera a lógica pela qual o estigma em relação à Aids permanece se apoiando no dispositivo da sexualidade.

Nesse sentido, argumentamos que não se trata de pensar o estigma apenas em termos de redução, aumento ou manutenção. Mas em um deslocamento, no qual podemos observar tanto movimentos de ruptura quanto de manutenção, assim como rearranjos. A essa coexistência de movimentos de ruptura e, ao mesmo tempo, atualizações, chamamos de sobreposição espaço-temporal. Trata-se da possibilidade de que diferentes discursos coabitem o atual cenário da epidemia de Aids em relação às formas de expressão do estigma, mesclando respostas presentes desde o início da epidemia com respostas mais esperadas no atual contexto. Ao mencionarmos a

ideia de “respostas”, não nos referimos a uma resposta emitida por uma pessoa a uma pergunta, mas às respostas sociais e assistenciais a uma questão emergente em determinado contexto social e histórico. Utilizamos essa definição inspirando-nos no trabalho de autores como Tenório (2001), que refere que a reforma psiquiátrica consiste em uma tentativa de formular uma nova resposta social à questão da loucura, que não esteja necessariamente atrelada à relação de exclusão, que encontra no manicômio uma de suas formas de efetivação. A exclusão surge como resposta social e o manicômio como sua face assistencial dentro desse processo. Seguindo na esteira desse pensamento, torna-se possível pensar no processo de constituição de respostas assistenciais à questão da Aids. Na história recente da epidemia encontramos a delimitação dos conceitos de grupos de risco, comportamentos de risco e vulnerabilidade, este último articulado ao referencial dos Direitos Humanos (AYRES et al., 2009^a, 2009^b; AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). Consideramos que, para além de conceitos científicos, eles podem ser considerados respostas sociais à questão da Aids, pois envolvem um conjunto de estratégias através das quais a sociedade designa um modo esperado de relação com o fenômeno da Aids. Os conhecimentos científicos, sua origem e sua apreensão social constituem-se mutuamente. Uma expressão disso é que até hoje ouvimos falar de “grupos de risco” em alguns contextos, mesmo não sendo mais o conceito utilizado no meio científico. Este conceito teve, entre seus impactos, a estigmatização de grupos já marginalizados socialmente, como os gays, profissionais do sexo, usuários de drogas. O correlato a essa delimitação era a estratégia de isolamento e abstinência. No segundo caso, da delimitação dos comportamentos de risco, houve um aspecto considerado positivo, relativo à universalização do risco, não mais restrito a grupos específicos. No entanto, esta estratégia não evitou efeitos como o de estigmatização de comportamentos e ações, como a existência de múltiplos parceiros sexuais, também designada como “promiscuidade”, ou a individualização e culpabilização pela infecção (AYRES et al., 2009^a, 2009^b). Um terceiro conceito que emerge, e aqui é designado como uma terceira resposta social, é o de vulnerabilidade, posteriormente relacionado ao quadro dos direitos humanos. Surge como crítica às duas respostas anteriores, buscando pautar as ações sob novas perspectivas. Ou seja, que evitem a estigmatização ou culpabilização de pessoas ou grupos, ao mesmo tempo em que propiciem a abordagem da epidemia como um fenômeno complexo, com multideterminações. Ayres et al. (2009^a, 2009^b) apontam que esse conceito não exclui a noção de risco, mas a obriga a dialogar com outras noções, evidenciando as múltiplas possibilidades de variabilidade do fenômeno. Além disso, tal conceito também apresenta limites ou riscos, como o

de vitimização. Apesar de constituírem-se como conceitos que visam fornecer respostas assistenciais, do ponto de vista da formulação e aplicação, é impossível dissociá-las de um conjunto maior e articulado, compreendido como resposta social, pois abrange aspectos técnicos, histórico-contextuais e políticos.

Apesar de Ayres et al. (2009a, 2009b) sugerirem uma cronologia relacionada ao aparecimento dos conceitos de grupo de risco, comportamento de risco e vulnerabilidade e direitos humanos, o cotidiano acaba sendo conformado por graus de defasagem, que fazem com que essas respostas não substituam por completo umas às outras, de modo linear. Ao observarmos alguns enunciados extraídos dos relatos obtidos na pesquisa, percebemos a sobreposição de espaço-tempo, que possibilita a coexistência de traços referidos aos três conjuntos de conceitos acima mencionados. Temos, ainda, comportamentos discriminatórios que envolvem a separação de objetos, imaginários de contágio pelo contato, sentimentos de rechaço, expectativas de agressão e culpabilização, entre outros aspectos que pareciam mais comuns no início da epidemia. Assim como há manifestações de discriminação, também há ações que remetem ao respeito, compreensão e preservação de direitos das PVHA, respostas que seriam mais esperadas no atual contexto da epidemia.

É essa heterogeneidade que nos faz afirmar a existência de uma sobreposição espaço-temporal, que ora nos dá a sensação de estar em 2015, ora a de estar em 1985. Essa variabilidade é responsável pela manutenção da sensação paradoxal nos usuários diante da possibilidade de revelação do diagnóstico: pode-se obter tanto aprovação quanto rechaço.

2.3. AIDS E FAMILIARIDADE

Ao estudarem o modo como as pessoas habitualmente se relacionam com doenças como a Aids, alguns autores apontaram a existência de estratégias de distanciamento que produzem a percepção de que se trata de uma “doença do outro” (SONTAG, 2007; HERZLICH; PIERRET, 2005). No entanto, entre os usuários entrevistados, percebemos que esse “outro” não está muito distante. Todos os usuários entrevistados relataram conhecer alguém que vive com HIV-Aids. Em alguns casos se trata de alguém próximo (mãe, avô, sobrinho, irmã e senhor que mora no mesmo terreno, amiga, ex- marido). Em outros casos, trata-se de algum “conhecido” (vizinhos, moradores

do bairro) ou apenas de alguém que “ouviu falar que está com HIV”. Em relação ao número de pessoas que conhecem com HIV-Aids:

- Oito (8) usuários mencionam conhecer mais de 4 pessoas com HIV, podendo chegar a 7 ou 8 PVHA conhecidas.

- Outros sete (7) usuários relataram conhecer pelo menos 2 pessoas com HIV.

- Três (3) entrevistados mencionam conhecer pelo menos uma pessoa com HIV (em um dos casos, “ouviu falar” de alguém que teria HIV).

Nesse sentido, apesar das estratégias de encobrimento, segredo e revelação, também existem modos pelos quais o diagnóstico torna-se visível e circula, a ponto de ser comum aos moradores deste local conhecerem alguém com HIV/Aids. Knauth e Victora (1998), que realizaram uma pesquisa no mesmo bairro onde localiza-se a unidade de saúde que fez parte de nossa pesquisa, sugerem que o modo de sociabilidade presente nesse local – e em bairros populares, de modo geral - auxilia no conhecimento de pessoas com HIV-Aids, pois é comum a co-habitação de famílias extensas numa mesma unidade doméstica ou a construção de casas pertencentes a elementos de uma mesma família em um terreno compartilhado. Esse aspecto determina uma proximidade física assim como uma relação estreita entre parentesco e vizinhança.

Os relatos dos participantes (usuários) evidenciam que o HIV-Aids parece fazer parte de seus cotidianos. Os relatos a seguir evidenciam a familiaridade e convivência com outras PVHA:

Uma prima minha. (...) Ela mora embaixo da minha casa, estamos sempre conversando, tomando chimarrão juntas, sempre... (...) Ela se trata. Faz anos que ela tem. Ai ela tem e o esposo dela também tem, que ele pegou dela. (Us. 17).

Eu tenho uma prima minha que tem HIV. Ah, eu acredito que já tenha uns 15 anos ou 20. Só que ela... eu não sei como é que ela não morreu ainda. Ela é totalmente usuária de drogas, de qualquer coisa. Ela, não é que esteja bem, 100%, mas 20% ela está, que ela está com dor de estômago, com problema no intestino, mas ela está sempre gorda, bem... (Us. 16).

Neste último trecho evidencia-se novamente uma contradição relacionada à aparência das PVHA: uma aparência saudável, expressa na frase “está sempre gorda, bem”, parece não condizer com a expectativa em relação a alguém que vive com HIV-Aids; ao mesmo, há o relato das dores de estômago, problemas no intestino, revelando uma dor ou sofrimento que não é aparente, não tem “cara”. Um dos entrevistados relatou que a mãe tem HIV:

Sim, conheço, minha mãe. (...). Eu tive rejeição na gravidez. Ela descobriu que meu pai passou para ela e ela não me quis. E também deixou ela, né. Só fez o filho e largou no mundo. Ia ser adotado, mas minha vó não deixou. (Us. 9).

No relato a seguir aparece uma relação entre o HIV-Aids e as pessoas que fazem uso de drogas, assim como outras pessoas pertencentes a outros círculos.

Muitas pessoas daqui da região que conheço, assim. Normalmente as pessoas que são usuários [de drogas] que estão sempre ali, a gente conhece, né. Que tem, que a gente sabe, que as pessoas falam que tem. Mas deve ter, tem bastante (...) acho que umas 5 pessoas. (...) Daí tem vários... tem uma amiga da minha irmã também que tem, os filhos dela pequena, tem um... ela tem 5 filhos, se não me engano, e tem uns 3 que não tem, e os 2 últimos que tem. (Us. 14).

E, por fim, as pessoas que têm “conhecidos” com HIV-Aids, mas que não os consideram como pessoas familiares ou amigas.

Já vi gente falar, mas meu parente, amizades, perto da minha rua não tem. Próximo de mim, não. (Us. 6).

Que seja amigo não, mas conhecido, daí sim... tem 2 pessoas que tem esse problema. Uma não se trata, a outra já se trata, que pegou da mulher e não sei o que, aí esse outro aí já não quer mais se tratar. (Us. 2).

Considerando-se a grande incidência de Aids nessa região, podemos esperar que essa convivência com PVHA seja mais provável de ocorrer do que em outros locais da cidade ou em outras cidades. Se considerarmos os dados do boletim epidemiológico (BRASIL, 2013a), iremos observar que a média de incidência de Aids no Brasil, referente ao ano de 2012, foi de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2013a, p. 32). Em Porto Alegre, essa taxa foi de 93,7, cerca de 4,5 vezes maior que a taxa nacional. Porém, se estratificarmos Porto Alegre segundo as gerências distritais, perceberemos a existência de algumas discrepâncias. A taxa de incidência da Gerência Distrital Partenon-Lomba do Pinheiro é uma das mais altas em Porto Alegre. Segundo dados disponíveis relativos ao ano de 2010, a taxa de incidência nesta gerência ultrapassava 200 casos /100.000 habitantes. Ou seja, cerca de dez vezes maior do que a média nacional; cerca de cinco vezes maior que a média do estado e pouco mais que o dobro da média do município. Um levantamento que começou a ser realizado por uma das médicas [que não está mais na equipe] juntamente com os ACS já havia indicado a presença de pelo menos cinquenta PVHA na comunidade, que contabiliza por volta de 9.000 habitantes. Nesse sentido, pelo menos uma a cada 180 pessoas da comunidade estaria vivendo com HIV-Aids, podendo esse número ser maior se

levarmos em consideração as pessoas que não revelaram essa informação para a equipe de Saúde da Família, assim como as pessoas que vivem com HIV e não sabem.

Diante disso, a Aids parece adquirir um caráter de certa familiaridade. Ou seja, ela está presente na cena comunitária, propiciando os chamados “encontros mistos”, descritos por Goffman (2008). O encontro misto é aquele que envolve uma relação entre um indivíduo estigmatizado/passível de ser estigmatizado com outro indivíduo que não possui um atributo com caráter estigmatizado/estigmatizável. Ao mesmo tempo, a presença destes relatos entre os moradores demonstra que o diagnóstico de HIV-Aids não é perpassado apenas por relações de segredo e sigilo, mas também de revelação, seja pelo próprio usuário ou por outras pessoas que o conhecem e fazem a informação circular. A PVHA é alguém visível, personificada. Isso nos remete à pesquisa “Aids e pobreza: Práticas sexuais, representações da doença e concepções de risco em um bairro de Porto Alegre” (KNAUTH, VICTORA, 1998; VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000), realizada na década de 1990, tendo como campo de pesquisa uma região que coincide à da nossa pesquisa (bairro Partenon), com elevada taxa de incidência de Aids, no município de Porto Alegre. As autoras compararam o modo como “o outro” a quem se atribui a Aids é percebido em diferentes contextos: um deles com baixa incidência de Aids, outro com incidência crescente e o terceiro lugar com alta incidência. Chegaram à conclusão de que a convivência cria uma sensação de familiaridade com a questão da Aids, incluindo a formulação de estratégias que minimizam os seus efeitos. A convivência também seria um fator a diminuir a discriminação, favorecendo a alteridade, pois “o outro” a quem se atribui o HIV é alguém próximo, a quem já se conhece por ser familiar, amigo ou conhecido.

A familiaridade com a doença tornava a discriminação em relação aos portadores do vírus inaceitável. As pessoas que se encontravam mais próximas a doença buscavam demonstrar que a Aids não era uma doença do outro, no sentido de estar ligada a grupos e comportamentos socialmente condenáveis, mas algo que pode acontecer com qualquer um, independentemente de classe social e/ou comportamento” (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 97).

No entanto, a proximidade de pessoas com HIV-Aids, segundo as autoras, não faz com que as pessoas necessariamente tenham uma maior percepção de risco, podendo ocorrer o processo de minimização dos problemas associados à Aids. Além disso, “é preciso inserir a Aids num contexto maior onde ela representa apenas um risco a mais para os indivíduos em questão, e não necessariamente o principal” (VICTORA; KNAUTH; HASSEN, 2000, p. 98). Tendo por base esse

contexto, as autoras propõem que ocorre um processo de banalização da Aids, no qual ela passa a ser vista como algo normal, tanto pelo grande número de casos, quanto pelo fato de sua gravidade ser minorada. Viver em um local com alta incidência de Aids, portanto, não implica necessariamente em uma percepção de maior risco de infecção pelo HIV, o que certamente deve conduzir a estratégias específicas de prevenção. Outro aspecto que indicamos é a familiaridade com os óbitos em decorrência da Aids, como abordado no tópico a seguir.

2.4. FAMILIARIDADE COM OS ÓBITOS EM DECORRÊNCIA DA AIDS: UMA INTRODUÇÃO ÀS VIDAS PRECÁRIAS

Assim como foi comum os usuários referirem conhecer PVHA, também foi comum mencionarem conhecer alguém que já tenha falecido em decorrência dos agravos causados pela Aids. Esse aspecto passou a chamar a atenção, tendo em vista que na passagem da ‘Aids aguda’ para a ‘Aids crônica’ (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008), haveria uma expectativa de que esses relatos se tornassem menos comuns. A Aids passou a ser considerada um agravo de curso crônico após a introdução da Terapia Antirretroviral - TARV ainda na segunda metade da década de 1990, momento a partir do qual passou-se a compreender que, “se manejada e tratada de maneira adequada, diminui consideravelmente a probabilidade de adoecimento e morte das PVHA” (BRASIL, 2013a, p. 7)

O primeiro relato de óbito relacionado à Aids surgiu durante o primeiro dia em que observei o aconselhamento pré-teste coletivo³². Havia 3 usuários nesse dia. Após o aconselhamento, ficamos na sala de grupos aguardando cada um dos usuários serem chamados para a realização do teste. Neste momento de espera, houve uma conversa informal com um dos usuários. Durante o aconselhamento ele havia perguntando quanto tempo uma pessoa com HIV pode viver. O profissional respondeu que, atualmente, com o tratamento, pode-se ter uma boa qualidade de vida e viver bastante tempo. A princípio, sua pergunta parecia sanada naquele momento. Porém, ele retomou essa questão comigo neste momento de espera, em que estávamos apenas os dois na sala de grupos. Ele relatou então o que o motivou a fazer tal pergunta: sua irmã havia falecido há um mês em decorrência da Aids. Ela não aceitava que tinha a doença e por isso não realizava o

³² Neste dia não ocorreu a abordagem dos usuários para participação na pesquisa através da entrevista, apenas a observação.

tratamento. Já havia sido internada algumas vezes, mas voltava para casa e adoecia novamente, por não realizar o tratamento. Um dia, a família resolveu mostrar o exame para ela, buscando fazer com que aceitasse que tinha HIV, mas a sua reação foi a de rasgar o exame, negando o resultado.

Até aquele momento esse parecia um dado isolado, até que começaram a aparecer outros relatos de pessoas que faleceram em decorrência da Aids. Apesar de não haver uma pergunta no roteiro de entrevista que remetesse à questão da morte e HIV-Aids, esse assunto geralmente aparecia associado a pergunta “você conhece alguém com HIV-Aids?”, ou disperso em algum outro ponto da entrevista. Dos 19 entrevistados, pelo menos 10 relataram saber de pelo menos uma pessoa que morreu em decorrência da Aids. Entre esses, 4 relataram a morte de 2 ou mais pessoas em decorrência da Aids. Além de relatar a situação de morte de pessoas com Aids, também houve o relato de situações de adoecimento/hospitalização em decorrência da Aids.

- Tive um tio que tinha e morreu de ... diz que o HIV ou a Aids é a porta para outras doenças, né. Então não sei se foi exatamente daquilo, mas ele tinha Aids”. “igual meu tio, ele procurou depois de 10 anos que já tinha, então não teve muita coisa pra fazer. (...). Faz uns 13 anos e ele tinha entre 30 e 35 anos...
Gu – é, há 13 anos atrás era um pouco diferente, hoje o acesso a medicação é mais fácil, há 13 anos isso estava ficando mais acessível...
– não, e até o preconceito de não tomar para não expor. A pessoa não tomava até para não expor a...” (Us. 5).

Outro usuário menciona ter conhecido 3 pessoas que já morreram com Aids: “Ah, conheço pessoas que já morreram por causa disso também. (...). duas... não, três, uma mulher e dois homens”. (Us. 9). A usuária 16 também relatou a morte de pessoas que tinham Aids, assim como a situação de adoecimento e hospitalização de seu ex-marido, de quem está separada há 8 anos. Inicialmente, relata a morte de ex-parceiros de uma amiga sua que tem Aids.

Depois eu sei que foi assim com os outros 2 maridos que ela tinha, que ela pegou dum e os outros dois morreram por causa da aids dela, que depois quando eles descobriram eles também se acabaram em menos de um ou dois anos. (...) Ela já engravidou nesse meio tempo umas 3 vezes e já matou 3 (bebês). Todos morreram do HIV dela. E ela não morre. (Us. 16).

Posteriormente, fala sobre a situação de adoecimento de seu ex-companheiro, expressando uma “imagem de horror”, que parece remeter à imagem da “cara da Aids” difundida no início da epidemia:

[A ex-sogra telefonou para ela e disse:] “Tu nem sabe, fiquei sabendo que ele está no postinho da Restinga, está nas últimas, foi o que a doutora me disse” (...). Até

essa semana que ela [ex-sogra] me ligou, foi sexta, acho que foi na segunda-feira, dizendo que ele [ex-marido] estava esperando para ir para a Vila Nova, mas que já estava caindo pedaço do corpo dele, teve um eczema lá no pé que caiu tudo, parte do corpo já está com feridas bem grandes. Ela disse que a cor dele mudou, está bem escura. Ah, ela falou horrores do que está acontecendo. (Us. 16).

A entrevistada 13 menciona a morte de 2 PVHA: a mãe de uma menina que mora na sua rua (que também tem HIV) e a esposa de um homem que também mora na sua rua.

A mãe dela tinha Aids mesmo, tinha tuberculose, morreu com várias doenças, sabe. Daí não aguentou. Daí ficou ela [a filha], né, passou. (...) Porque a mulher dele tinha, a mulher dele que já faleceu que passou para ele. Daí depois disso ele se jogou na pedra, daí descobriu que tinha aids (Us. 13).

Uma amiga da minha mãe também faleceu, esses tempos, por causa disso. É, ela tinha. Daí depois teve as complicações, né. Acho que faz uns 2 ou 3 meses. (Us. 14).

No relato a seguir a morte relacionada à Aids está presente na família e na vizinhança:

Uma outra prima também minha já faleceu agora, ela também tinha. (...) ela tinha um monte de problemas. Ela era paraplégica. (...) ah, tem vizinho la também... tem... tem uns... quase a família toda la tem (risos), os vizinhos. (...) dois morreu, que tinha, agora tem os outros 2 que também tem. (...) Tudo do HIV, que eles se aplicavam, usavam drogas. (...) Um faz uns 2 anos que morreu. O outro faz tempinho (Us. 17).

A usuária 18 descreveu o processo que levou ao diagnóstico de uma amiga sua, até o momento em que adoeceu e faleceu. Pelo relato, evidencia-se um diagnóstico tardio.

Uma mulher que já foi, muito tempo, 3 anos já. Eu conhecia ela tudo, ela me contando que teve relações com um cara, e ela não sabia, e nesse meio tempo ela fez exame e tudo, passou... Que nem eu fiz agora, o dela não, sabe, não tava nem ai! Ai foi, foi caindo o cabelo, foi emagrecendo, bah, ela virou um palito! Ai eu disse para ela “vai ver que tu está com HIV! Vai procurar. Eu não conheço, mas de repente é algo que tu tem no teu corpo, no teu sangue, alguma coisa. Vai procurar o médico”. Ai ela fez o teste e deu reagente. Bah, eu disse para ela “bah, tu não te tratou antes” e ela “ah, mas eu não sabia o que era. Agora to aqui, na beira da morte”. Ela tinha 3 filhos, 2 gurias e 1 guri. Deixou tudo. (...). Faleceu logo em seguida, porque não sabia, nem deu tempo de fazer o tratamento. Ela emagreceu demais, ela era gorda, eu fiquei apavorada! (...) Nesse meio tempo ai que ela estava, nem ela sabia que tinha pegado do cara. Ficou uns 5 ou 6 anos com ele e não sabia. (...) faz 6 anos que ela faleceu [2007]. (Us. 18).

Os óbitos até aqui relatados aparecem associadas frequentemente com o uso de drogas, com o diagnóstico tardio (muito evidente na última situação relatada), com a não adesão ao tratamento e com a negação da presença do vírus no organismo. Apesar do óbito constituir-se como elemento em comum em todos os casos, os aspectos com os quais estão associados parecem se diferenciar. No entanto, todos eles contrastam com a propagada universalidade de oferta do diagnóstico e tratamento para a Aids. Isso torna evidente que, entre ter Aids e acessar o tratamento supostamente disponível; e/ou entre ter uma situação de risco, perceber o risco e acessar o diagnóstico, podem existir muitas barreiras. A chamada inserção de um discurso sobre a Aids nas unidades de saúde visa ampliar a percepção da população sobre a possibilidade de realização do teste, assim como indicar aos profissionais situações que demandam a indicação da realização do teste. Um dos cartazes afixados na parede da unidade de saúde apresentava um protocolo de ações indicando situações às quais os profissionais deveriam ficar atentos, pois remetiam a necessidade de indicação do teste. Essa estratégia de sensibilização dos profissionais busca evitar o diagnóstico tardio, considerada uma das causas de mortalidade em Porto Alegre.

As 2 PVHA também conheceram pessoas que faleceram em decorrência da Aids. Após eu ter finalizado a entrevista com a PVHA 1, desligando o gravador, ela permaneceu falando sobre alguns assuntos relacionados ao seu diagnóstico. Nesse momento, relatou que

Seu tio morreu com Aids. Ela era muito ligada a ele, disse que era como se fosse um segundo pai, sendo também seu padrinho. Ela diz que não é muito boa com as palavras e pergunta “como é que se chama, hetero?”, quando o homem...”, eu digo “ah, homossexual”, e ela diz “isso, meu tio acho que era, vivia com outro homem”. Depois conta que se vestia de mulher, tinha cabelo comprido, remetendo mais a uma identidade feminina. Conta que quando seu tio morreu e estava no caixão, sua mãe olhava para ela e dizia “é isso que tu quer pra ti?”. A mãe a “acusava” de ter namorado um rapaz que viva com HIV. Em decorrência desse episódio ela refere que quando recebeu o diagnóstico, a primeira cena que veio a sua cabeça foi a cena da mãe ao lado do caixão do tio dizendo “é isso que tu quer pra ti?”. (Diário de Pesquisa).

A questão da morte também aparece, em relação a esta PVHA, como algo a ser pensado. Ela revelou uma ambivalência muito grande entre as forças de vida e as de morte, entre o desejo de realizar ou não realizar o tratamento. Nesse sentido, não é que a morte deixou de rondar o imaginário, mas criou-se a possibilidade, com os tratamentos, de que ela não se tornasse um destino. Mas é preciso querer, desejar e aderir ao tratamento, manejando ainda outras dificuldades

– como no caso da PVHA 2, que teve que lidar com a dificuldade que tinha de ingerir medicações, independentemente de qual medicação fosse. A PVHA 1 refere que ter que tomar uma série de medicações³³ a faz lembrar da doença todos os dias, o que a faz pensar, por conseguinte, se deseja viver ou não. Apesar de já ter pensado em parar de tomar as medicações, tem receio de que, ao invés de morrer rapidamente, pudesse ficar sofrendo, o que a fez tomar a decisão de aderir às medicações.

Essas duas situações evidenciam que a relação entre a indicação do tratamento e a adesão a ele não é mecânica, reforçando o argumento de que, entre ter a indicação do tratamento e realizá-lo, uma série de barreiras podem ser colocadas. O estigma certamente constitui uma delas, ao contribuir para a negação do diagnóstico e para a necessidade de criação e estratégias que possibilitem o encobrimento dos signos da Aids, inclusive no acesso aos serviços de saúde.

Nesse sentido, apesar dos avanços no tratamento, a morte ainda convive no atual cenário da epidemia de HIV-Aids. Talvez não mais vivenciado como um “destino próximo”³⁴, como no início da epidemia, mas como uma possibilidade, relacionada, principalmente ao diagnóstico tardio e/ou não realização de tratamento. No final da década de 1990, Victora e Knauth (1998, p. 2) já apontavam um paradoxo que se constituía: “entre os avanços da ciência e os caminhos tomados pela epidemia: por um lado, a ciência se aproxima a cada dia da cura (ou controle) da doença, por outro, a população atingida pela Aids se distancia cada vez mais dos recursos mínimos para fazer face à doença”. Apesar de terem se passado 16 anos, a constatação das autoras se atualiza e até mesmo intensifica no atual contexto da epidemia.

Com relação a esse tema, também houve o relato do gestor, de que atualmente não seria esperado que alguém morresse em decorrência da Aids – a não ser em caso de resistência viral. Refere que o tema da mortalidade tem ocupado também a gestão, que vem buscando desenvolver tecnologias que possam auxiliar na redução da mortalidade por Aids em Porto Alegre. Como

³³ Esta usuária ainda não está tomando os ARV. As medicações a que se refere são para as outras doenças que ela tem, mas foi em decorrência de ter essas doenças que o médico solicitou o exame para o HIV.

³⁴ Ao pontuar o “destino certo”, nos referimos a expectativa social presente naquele período. Na literatura ou em entrevistas concedidas no final da década de 1980 e 1990, é comum os relatos de pessoas que, ao descobrirem viver com HIV, vendiam seu bens, viajavam, pediam demissão do emprego, acreditando que a morte estava próxima. O documentário “Viva a Vida: Herbert Daniel, o amor e a Aids nos anos 1980”, da TV Manchete, é uma das expressões do modo como se lidava com a morte e a Aids no início da epidemia. Herbert Daniel relata que saiu da consulta, após seu diagnóstico de Aids, certo de que viveria apenas mais dois anos. Está disponível em 3 partes no youtube no endereço: http://www.youtube.com/watch?v=-0-mk-HW2_c;

exemplo, cita a importância de implementação dos sinalizadores de vigilância e da vigilância clínica:

E aí, nesse contexto, surgem “n” discussões e surge uma que é muito interessante, que é trazida por uma das pessoas que mais pensa a Aids na cidade hoje, em termos de vanguarda, que é Ricardo Kuchembecker, que é de nós trabalharmos com sinalizadores de vigilância, espalhados em determinados lugares. E o primeiro sinalizador é o CD4. Então, hoje, nós iniciamos no mês passado um processo de vigilância clínica onde o laboratório emite semanalmente todos os CD4 abaixo de 200. Um CD4 abaixo de 200 significa que esse indivíduo está em perigo, por n razões: ou porque ele está iniciando tratamento, ou porque ele é egresso de uma hospitalização, ou porque ele abandonou o tratamento, ou porque ele é virgem de tratamento e ele está com CD4 muito baixo. Esses indivíduos tem que ter uma atenção totalmente diferenciada daquele indivíduo que tem um CD4 de 600, 700, que é aderente, que tem 10 anos de HIV e que não precisa da mesma atenção de um serviço especializado. Inclusive, poderia estar dentro da atenção primária. Os CD4 abaixo de 200 é que vão contribuir para os óbitos e para os casos mortalidade. Esse indivíduo precisa ser monitorado. Entende? Então nós vamos dizer: “doutor fulano, o senhor tem um indivíduo que tem um CD4 de 50, nós queremos que o senhor diga qual é o plano que o senhor tem para daqui a 6 meses esse indivíduo estar com CD4 de 350 ou já estar com a Carga Viral indetectável. E como esse indivíduo não vai abandonar o serviço e como vocês vão fazer para prendê-lo”. Então, isso é uma vigilância clínica e que precisa ser feito. (Gestão).

Também é apontada a necessidade de atenção diferenciada para os indivíduos que estão em situação de “quase óbito”, conforme relato:

Ao mesmo tempo, é aquele indivíduo que está em quase óbito. Esse indivíduo que está em quase óbito e que não foi a óbito, quando sai de uma internação, ele precisa nos primeiros 30 dias, de um suporte muito, mas muito grande, para vencer essa etapa e não chegar ao óbito. Porque ele sai muito enfraquecido, muitas vezes ele tem que fazer revelação do diagnóstico para a família, aí fica a mulher sabendo, ficam os filhos sabendo, enfim. Numa situação completamente adversa na vida dele. Ele para de trabalhar, ele não tem dinheiro, ele está infectado, ele imagina preconceito, ele tem que mudar a rotina sexual dele, então tem uma série de coisas que nesses 30 dias ele tem que incorporar rapidamente. Que é: tomar medicamentos, ir a médicos... esse indivíduo ele tem que ter um olhar diferente, porque se ele não tiver um olhar diferente ele vira óbito. (Gestão).

Outro aspecto relatado pelo gestor foi a criação do Comitê de Mortalidade, que avalia a questão do abandono de tratamento e a responsabilização das instituições. O Comitê reúne trabalhadores de diferentes serviços de atenção – da Atenção Básica ao nível hospitalar - envolvidos no atendimento de pessoas que viveram com HIV-Aids e foram a óbito. A partir do

óbito, desdobra-se o percurso daquela pessoa por diferentes instituições e como as equipes de saúde procederam em relação ao caso.

Ou até mesmo situações em que está colocado o abandono de tratamento a pacientes e que ninguém foi buscar esse paciente porque ele abandona. Ele abandona e fica e ninguém se lembra dele. Então isso são situações extremamente difíceis. Difíceis para nós, profissionais de saúde, difíceis para nós, instituição, porque temos uma responsabilidade para com a vida dessas pessoas. (Gestão).

Nesse sentido, há uma preocupação também com o aspecto institucional – ou seja, como os serviços de saúde se organizam, se (des)articulam e quais as implicações disso na atenção ao usuário. Como relatado em nossa pesquisa, em outras passagens, muitos usuários “se perdem” na rede de serviços em saúde, como no caso de encaminhamentos da unidade de saúde da família para serviços especializados – aspecto que será retomado no item “3. Tensionando o Território: Ferramenta ou Obstáculo?” (p. 212).

Também é importante ressaltar que, nas falas dos usuários, aparecem situações que remetem à dificuldade de adesão ao tratamento, seja pela não aceitação (negação) do diagnóstico, seja por outros aspectos que conformam um conjunto de relações de vulnerabilidade, como o uso de drogas. Nesse sentido, as dificuldades não estariam associadas às tecnologias duras, pois estas estão sendo acessíveis. Mas sim às tecnologias leve-duras e leves (MERHY, 2002), capazes de fortalecer vínculos entre profissional e usuário, por exemplo.

Os dados apresentados expressam a presença de situações que remetem ao que era mais comumente observado no início da epidemia, compondo o que era chamado de “a cara da Aids”: magreza, queda de cabelo, palidez, “pedaços que caem do corpo”, feridas no corpo. Nesse sentido, novamente remetemos a questão da sobreposição de tempo-espço, sendo que a existência de uma gama de medicações ARV, com acesso gratuito e universal coexiste e contrasta com a situação da pessoa que descobre – muitas vezes tardiamente - viver com HIV-Aids e não estabelece uma relação de tratamento.

A passagem da Aids aguda para a Aids crônica produziu a expectativa de que a morte estaria cada vez menos presente na relação com a Aids. Apesar desse dado se confirmar em parte, pois de fato houve uma queda na mortalidade por Aids, não podemos ainda dizer que ela deixou de fazer parte da realidade da Aids. Essas mortes também devem interrogar o sistema de saúde acerca dos efeitos de suas falhas, fragmentações.

Dados do último boletim epidemiológico acerca da mortalidade relacionada à Aids no Brasil apontam que

Desde a descoberta da Aids (1980) até o ano de 2012, foram declarados 265.698 óbitos classificados como causa básica “doenças pelo vírus do HIV”. Nos últimos dez anos têm-se observado tendência de redução na taxa de mortalidade por Aids. No entanto, a taxa de mortalidade na região sul é a mais alta do Brasil. Enquanto a taxa de mortalidade padronizada do Brasil é de 5,5 óbitos/100.000 hab., ela corresponde a 7,7 na região sul (BRASIL, 2013a, p. 21).

O estado do Rio Grande do Sul eleva a média da região sul, tendo em vista que é o estado brasileiro com a maior taxa de mortalidade: 11,1/100.000hab. Em dados brutos, isso correspondeu à morte de 1.393 pessoas em 2012 (BRASIL, 2013a, p. 44). Esta taxa corresponde ao dobro da nacional, o que nos possibilita dizer – a partir de um dado geral, desconsiderando as vulnerabilidades específicas – que uma PVHA no Rio Grande do Sul poderia ter o dobro de chances de vir a óbito do que uma PVHA em outros locais do país.

Essas mortes não viram notícias. Afinal, estamos falando de mais de 1.000 (mil) pessoas que morrem por ano, em decorrência de um agravo que, atualmente, não precisaria resultar em morte, sob o ponto de vista do suporte biomédico – pois, quando inserimos aspectos psicossociais e assistenciais, há sim outros fatores que podem facilitar o óbito de PVHA. Porém, as mortes por Aids são mortes sem face (BUTLER, 2011), sem nome, sem sobrenome. A dinâmica de produção de invisibilidade que perpassa a epidemia, associado ao estigma, também auxilia a invisibilizar essas mortes, que só se tornam visíveis enquanto números em boletins epidemiológicos. O que chama a atenção neste contexto é o fato de que essas mortes parecem ser ‘pouco choradas’. Butler (2006, 2010) refere-se às vidas que importam e às vidas que não importam, ou vidas que importam mais e vidas que importam menos. Segundo a autora “Algumas vidas estão altamente protegidas e o atentado contra elas basta para mobilizar as forças de guerra. Outras vidas não gozam de um apoio tão imediato e furioso, e não se qualificam, inclusive, como vidas que valem a pena” (2006, p. 58). Os dados que acabamos de apresentar nos interrogam o quanto as mortes em decorrência da Aids são consideradas “perdidas”, são consideradas “choradas” e o quanto considerávamos estas vidas “dignas de duelo”. Neste momento já chamamos a atenção para certa invisibilidade que perpassa esse tema. Nos relatos dos usuários, ele não aparece com “ar de espanto”, mas como algo naturalizado, como se fosse óbvio: morre-se por Aids. E não como algo problemático ou como interrogação: por que ainda morre-se por Aids? Por que morre-se mais por Aids neste contexto do que em outros? Por que, neste lugar, é “comum” conhecer alguém que tinha Aids e faleceu?

Para Butler (2006) “se essas vidas³⁵ continuarem inominadas e não lamentadas, se elas não aparecerem em toda a sua precariedade e destruição, não nos emocionaremos com elas. Não retornaremos aquele senso de indignação ética que é, distintivamente, para um Outro e em nome de um Outro” (p. 31)

Trata-se de recolocar a indignação como uma virtude (VENTURINI, 2008), não para gerar um estéril sentimento de falsa consciência, mas para produzir planos e ações concretos, comprometidos com a vida e o viver, que possam se traduzir em um processo de mudança.

Por fim, ressaltamos que a efetivação de um recorte territorial no qual os usuários entrevistados estão inseridos possibilita que a questão da familiaridade com as PVHA e com as mortes relacionadas à Aids se tornem mais evidentes, recorte territorial semelhante ao efetivado pelas equipes da Estratégias Saúde da Família-ESF.

Este tópico constitui uma introdução à discussão sobre as ‘vidas precárias’, a qual será retomada em outros tópicos, especialmente no “3.2. Vidas precárias e a ESF como ferramenta de ampliação da reconhecibilidade” e “3.5. Tensionando o território: ferramenta ou obstáculo?”.

2.5. AIDS: ESTIGMATIZAÇÃO, BANALIZAÇÃO E POLITIZAÇÃO

A posição ‘trabalhador em saúde’ condiciona um campo de visibilidade em relação à posição usuário. Dentro da caracterização dos participantes da pesquisa, observamos entre essas posições distinções de escolaridade, de renda, de condição social. Abordaremos, nesse tópico, três variações discursivas que emergem a partir da posição trabalhador acerca do diagnóstico de Aids e a população atendida: a estigmatização, a banalização e a politização do diagnóstico de Aids.

Torna-se importante situar que, segundo Veiga-Neto (2011), as práticas discursivas, na perspectiva foucaultiana, não se confundem com atos de fala. Mais do que isso, as práticas discursivas “moldam nossas maneiras de constituir o mundo, de compreendê-lo e de falar sobre ele” (p. 93). As práticas discursivas são conformadas por enunciados, compreendidos como manifestações de um saber, o que os torna passíveis de serem aceitos, repetidos e transmitidos. Os enunciados não se confundem nem derivam das frases ou proposições, apesar de a elas se articularem.

³⁵ Na articulação com o tema trabalhado neste tópico, poderíamos substituir a palavra “vida” pela palavra “morte”.

2.5.1. A Estigmatização

O que caracteriza esse discurso são os enunciados vinculados aos modos de expressão do estigma na atualidade da epidemia de Aids, sendo caracterizados pelos relatos de expectativa ou vivência de situações concretas de discriminação em decorrência do estigma da Aids, preocupações em torno do sigilo/revelação do diagnóstico, entre outros aspectos. É possível também evidenciar o modo como o estigma atravessa os modos de trabalhar, pois os profissionais passam a ser inseridos na gestão do estigma, envolvendo a dinâmica de segredo/sigilo/revelação do diagnóstico de Aids.

Com respeito a este último aspecto, os profissionais acreditam que existe confiança na relação usuário-equipe, facilitando o acesso integrado da equipe ao diagnóstico dos usuários. Alguns profissionais relataram avisar ao usuário de que outros profissionais da unidade poderão ter acesso à informação do diagnóstico, em função de realizarem um trabalho em equipe.

Alguns, claro “ah, eu tenho HIV, a família sabe, mas meus vizinhos não sabem”, e isso acho que é questão de negociação com a equipe. Sempre que eu peguei teste reagente, eu comento na hora “algumas pessoas da equipe vão saber, afinal de contas, é uma equipe de saúde, vou conversar com o médico, que vai te acompanhar, vou conversar com agente comunitário, que vai te visitar.”. (Prof. 2).

No momento em que este profissional fez esse relato no grupo focal, outro participante mencionou não fazer esta abordagem, mas que talvez fosse interessante começar a fazê-la. Também é comum os usuários mencionarem para quem a revelação do diagnóstico foi realizada ou não, para que os profissionais de saúde tenham cuidado ao fazer a abordagem do usuário perante outras pessoas, como fica evidente no relato abaixo:

E alguns falam isso: “tudo bem, mas se for na minha casa visitar, eu não quero que minha mãe saiba”. Teve uma menina de 18 anos “eu moro na casa da minha sogra, eu não quero que minha sogra saiba, o meu marido vou chamar ali para a gente conversar agora, mas a minha sogra eu não quero que saiba”. Então, essas situações de vizinhos, de família. Mas na equipe, eu vejo que isso é muito tranquilo. (Prof. 2).

Deste modo, os profissionais são inseridos na dinâmica de segredo, sigilo, encobrimento do diagnóstico nas situações de interação envolvendo o usuário e terceiros, compreendendo isso como uma demanda psicossocial.

Apesar disso, em algumas circunstâncias, a revelação do diagnóstico para outros profissionais da equipe, como os ACS, produz algumas tensões. A principal delas seria gerada por um aparente antagonismo entre o que é colocado no código de ética da medicina em relação aos modos de trabalho em equipe preconizados na ESF, que muitas vezes parece gerar conflito(s) nos profissionais médicos.

Mas não é uma questão de confiança. É uma questão de ética e de leis pelas quais a gente é regido. Então a ESF envolve muitas outras coisas, que na verdade a gente não pode, né... a gente é impedido, pela ética médica, de fazer isso [revelar o diagnóstico]. Que na verdade impediria muito o nosso trabalho na ESF, uma vez que a gente não pudesse revelar diagnóstico, independentemente de ser HIV, de conversar com os ACS. (Prof. 5).

Esse dilema indica a necessidade de uma compreensão ética na relação com a equipe. Foi relatado que, em 2009, quando os ACS foram inseridos na unidade, era comum discutirem as questões éticas. Porém, no decorrer do tempo, passaram a discutir menos essas situações, considerando-a como um pressuposto da atuação dos profissionais. Essa discussão suscitou na equipe a possibilidade de voltarem a discutir tais aspectos.

Os ACS têm um grande contato com os usuários dentro de suas residências, conhecendo não apenas as doenças que as pessoas têm, mas os contextos de vida e histórias das famílias de suas áreas. Diferentemente dos profissionais da unidade de saúde, que costumam acessar as pessoas na posição de ‘doentes’ ou de pessoas que buscam evitar doenças (no caso das ações preventivas), os ACS acessam a população da área adscrita primeiramente como moradores. Sua principal função é a de detectar demandas e encaminhar para a unidade de saúde, além de desenvolver ações de promoção e prevenção em saúde, com foco em problemas de saúde considerados prioritários. Realizam o acompanhamento das famílias, abordando o modo como elas lidam com os tratamentos e prescrições. Assim, é comum os ACS, ao saberem que existe uma pessoa com HIV na casa, fazerem um acompanhamento dos tratamentos. Pelas regras veiculadas pela gerência distrital, os ACS não podem ter acesso ao prontuário – apesar deles revelarem manusear o prontuário em algumas ocasiões. Uma das especificidades dos ACS diz respeito ao fato de residirem na comunidade e trabalharem na unidade de saúde, ocupando uma dupla posição enunciativa perante comunidade e demais trabalhadores da unidade de saúde (OLIVEIRA et al., 2004). Isso lhes permite acesso a informações tanto por parte da comunidade quanto da unidade de saúde. Do mesmo modo, eles são vistos ora como trabalhadores, ora como moradores locais.

Existe um momento do processo de trabalho dos ACS que se mostra paradigmático para expressar a relação estabelecida entre as PVHA e o diagnóstico de HIV/Aids. Trata-se do momento em que os ACS realizam o cadastro ou atualização cadastral das famílias, preenchendo a chamada “Ficha A”. Nesta ficha, são registradas informações sobre as condições de moradia e saneamento, além da identificação dos moradores da casa, data de nascimento, idade, sexo, ocupação e “Doença ou condição referida”. Esse é um dos momentos onde o ACS tem acesso à revelação do diagnóstico de doenças que os moradores da residência possuem. Em relação a esse momento, o recorte seguinte expressa uma situação geral em relação aos ACS:

O que eu acho engraçado é que, no início, quando comecei a fazer os cadastros “ah, tem alguma doença, alguma medicação?”, “não”. Depois de um tempo, acho que com o vínculo, ai eles iam dizendo, né. Que se olhar nas fichas, no início, de 700 pessoas que tu cadastrasse, 1 dizia que era HIV, né, era muito. Mas daí com o tempo, com o vínculo que eles têm com a gente, eles vão se abrindo, dizendo... (ACS).

Foram relatadas também situações nas quais os usuários revelam o diagnóstico ao ACS, ou situações nas quais eles tem acesso ao diagnóstico via equipe ou observando fichas A preenchidas por outro ACS:

Eu tenho umas fichas antigas que tem, né, que eles são HIV, mas para mim ainda não disseram. Eu pergunto “Alguma doença?”, “não”. (...). Então, se eles não falam, não tem como tu dizer “ah, fulana fez”, tem que deixar por eles, né. (ACS).

Os relatos dos ACS indicam tanto a existência de situações de revelação quanto situações nas quais o diagnóstico não é revelado para os ACS no momento do preenchimento da ficha A. Fica bastante evidente o quanto a questão da revelação do diagnóstico não está estabilizada ou naturalizada, permanecendo ainda como um interrogante à relação entre população e ACS, permeado por tensões. A não revelação da presença de pessoas com HIV-Aids na residência durante o preenchimento da Ficha A pode ser considerada uma expressão do estigma relacionado ao HIV-Aids, pois quanto menor for o estigma, mais facilidade as PVHA terão para revelar seu diagnóstico. Também fica evidente o quanto esta não é uma situação estanque ou fixa, sendo destacado por vários ACS que a relação de vínculo possibilita a revelação do diagnóstico, aspecto também apontado em outros estudos (ABDALLA; NICHATA, 2008). Foram comuns os relatos de pessoas que revelaram depois de constituírem um vínculo com o ACS. Aqueles que atuam há menos tempo na ESF percebem o papel do vínculo comparando a sua atuação recente com a atuação anterior de outro ACS que já possuía vínculo com as famílias, como relatado a seguir:

E a minha área já tinha um vínculo muito forte com a outra agente, né. Então para mim elas não falaram ainda. Quando eu sei, é as gurias que sabem e me passam. Eles ainda não se abriram. Eles me recebem bem, conversam, mas ainda não contaram. (ACS).

A revelação do diagnóstico é considerada pelos ACS uma condição para que possam estabelecer relações de cuidado, compreendidas como a possibilidade de incentivar a realização do tratamento, como expresso na fala a seguir:

Incentivar o tratamento. Porque às vezes tu faz uma VD e ninguém te fala, e é aquele paciente que há 5 anos não procura o médico. “Quando foi sua última consulta?”, “ah, faz mais de 10 anos”. Se eu sei que ele tem HIV e há mais de 10 anos ele não se trata, eu venho, falo com o médico e já levo agendado a consulta. Porque daí eu penso também: vai ter que vir de madrugada... Não, então eu já falo com o médico, olha, tem HIV, faz 10 anos que não procura um atendimento, tem como, né, agendar ele... (ACS).

Para fazer um agendamento de consulta dentro das vagas não programadas – também chamadas de livre-demanda – os usuários costumam chegar cedo à unidade, por volta das 5 horas da manhã, conforme relato do representante do CLS. A ACS identifica que esse aspecto constituiria uma barreira de acesso, sendo necessário um mecanismo que o flexibilizasse – como o agendamento via ACS - diante de um público considerado prioritário. A relação de cuidado também pode implicar no aumento do número de visitas domiciliares, conforme relatado:

Daí o doutor falava: “óh, ACS X, aquele ali está com HIV”. Daí eu tentava ir para dar um vínculo, né, para ver se a pessoa me falava, né. Alguns, quando ia mais, chegava a ver, né, e contava: ‘ah, to com medo, descobri’. Ou tinha uns que há muito tempo não se tratava, né. (ACS).

No contato com as equipes de ESF durante a realização das capacitações e acompanhamento das ações, foi relatado uma percepção de que haveria maior preconceito entre os ACS, envolvendo mecanismo como a rotulação das pessoas que teriam “cara” de ter HIV, o que indica a permanência da lógica dos grupos de risco.

Então é bem aquela coisa assim de rótulo de comportamento e tal, e de que tem uns que tem e uns que não tem, sabe. Tem uns que têm risco, outros que não tem risco. Da igreja, por exemplo, não tem! São tudo irmãos lá e tal, esses aí não tem perigo (tom irônico). (Matriciamento).

Em relação às técnicas de enfermagem, foram revelados alguns momentos nos quais o assunto “HIV-Aids” pode surgir, como no acolhimento diário, no agendamento do teste, no

encaminhamento dos usuários para o grupo de aconselhamento pré-teste e seleção de seus prontuários, na realização de procedimentos (curativos, vacinas) em PVHA. Uma das técnicas relata a revelação do diagnóstico para a colega no momento de realização de um procedimento, com o intuito de que ela tivesse ‘maior cuidado’:

Ou num curativo, principalmente as gurias que são chegadas agora, nós já sabemos alguns que já tem e vão entrar com medicação mais contínua por mais tempo: “ó! Um cuidado maior com aquele, com aquele que é soropositivo!” (Tec. Enf.).

Apesar de ser visto com naturalidade pelas técnicas de enfermagem, esta ação também pode ser vista com um caráter discriminador, pois implica a noção de “um cuidado maior” com as pessoas que a equipe identifica como PVHA. Mesmo do ponto de vista das técnicas de biossegurança, os procedimentos devem ser iguais para uma pessoa a qual sabe-se ter o vírus ou para outra pessoa que desconhece seu status sorológico.

A revelação também pode ocorrer como um modo de justificar a necessidade de dar prioridade ao atendimento ou marcação de consulta:

Até no balcão chega perguntar de acolhimento e não tem mais acolhimentos médicos, aí o [médico/a] entrou assim: “Ah! Não! Conheço, é da família tal!” Disse: entra! “Não, essa é soro positivo, essa tu agenda para mim!”. (Téc. Enf.).

Nesse sentido ocorre também uma ação de discriminação, mas com um caráter positivo – ou seja, trata-se de diferenciar para fornecer um benefício.

Em relação ao representante do CLS, durante o processo de divulgação e coleta de nomes de interessados em realizar o teste, percebeu-se que muitas pessoas têm vergonha de dar o nome ou explicitam a necessidade de confidencialidade/sigilo no pedido do exame: “Tem uns que dizem assim: “ô, eu não sei se tu vai dizer, não vai dizer!” Digo: “não! Não vou dizer!”. “Bota meu nome!””. (CLS). Refere ainda que “é meio de canto” que as pessoas o procuram e solicitam a inserção do nome na lista. Sobre as PVHA na região que ele conhece, refere não poder falar sobre o assunto, em função do sigilo: “É, tem, mas a gente não pode falar!”. Sua compreensão é de que o sigilo refere-se não apenas a não identificação das PVHA, mas também a não divulgação de características ou histórias. Ao ser questionado sobre os motivos que poderiam levar as pessoas a solicitar segredo, ele refere que:

Olha, é um preconceito que tem aqui! (...) O que elas contam então, aquela pessoa se afasta...tem gente que vê ela já está na fila e tem...ela apontou fulana, fulana, fulana...ela apontou fulano, fulano, fulano. Quem está do lado só levanta! (CLS).

Por fim, a gestão, a partir do contato com várias equipes, destaca a associação do estigma da Aids com os estigmas relacionados à sexualidade, pobreza, entre outros. Neste sentido, trata-se de uma sobreposição de estigmas, resultando em experiências nas quais a Aids nem sempre será o único ou maior deles.

E aí se perpassa o estigma, entende? Porque, “nossa, eu não consigo tratar esses gays, essas bichas todas, esses caras que dão a bunda”, eu tenho que entender isso. Eu tenho que entender essa mulher que tem HIV, que tem 3, 4 filhos e eu não posso dizer para ela, porque politicamente eu vou ser punido “ah, mulher, para um pouco, ta grávida mais uma vez?, botar esses filhos no mundo, tu é pobre, fudida, não tem dinheiro, e ainda fica botando essas crianças no mundo?”. É isso! E o estigma do HIV está ligado a essas coisas todas. E como é que eu vou deixar que uma travesti adentre uma unidade de saúde e vou ter que ir lá tirar a roupa de uma mulher que tem peito e tem pau no meio da perna. Entende? Eu não sei nem tocar esse corpo. (Gestão).

Nesta perspectiva, os marcadores sociais, econômicos e os estigmas constituem-se como fatores de distanciamento na relação entre usuários e profissionais, produzindo impactos no acolhimento.

E quando o paciente sente isso, ele já não volta. Se tu perguntar por que nós temos uma transmissão vertical tão alta e um abandono de pré-natal tão alto nessas mulheres com HIV, certamente uma das respostas é essa. Que grande parte não tem o acolhimento que as lindas, bonitas e mesmo pobres, mas que são as mãezinhas, mãezinhas certinhas, tem de seus ginecologistas. (Gestão).

Destaca-se, nesta variação discursiva em torno do diagnóstico de Aids, o reconhecimento do estigma e de seus efeitos psicossociais na relação com o acesso ao diagnóstico e tratamento. Do mesmo modo, os efeitos sobre as práticas profissionais, podendo produzir distanciamento na relação entre profissionais de saúde e usuários.

2.5.2. A Banalização

O que caracteriza esse discurso são os enunciados que veiculam a inexistência de preocupação em relação ao diagnóstico de Aids, fazendo (supostamente) com que segmentos da população se preocupem menos com a prevenção em relação ao HIV e com que as PVHA não realizem o tratamento e/ou não apresentem receios em relação à revelação do diagnóstico. A

inexistência de preocupação com o diagnóstico de Aids evidenciaria, ainda, que o estigma não estaria operando nessas relações. A banalização, segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), seria decorrente da familiaridade com a Aids em contextos de alta incidência da infecção, criando uma percepção de proximidade e minimização de seus efeitos. Knauth e Victora (1998), ao analisar as práticas e representações relacionadas à Aids em um bairro que concentrava o maior número de registros de mortalidade por Aids na cidade de Porto Alegre, observam que a proximidade com a doença não tinha como efeito a conscientização para a prevenção, mas, pelo contrário, a banalização, perpassada pela minimização da gravidade da doença e/ou descrédito em relação a adoção de atitudes preventivas. Atualmente, a banalização tem sido associada não apenas à proximidade com PVHA, mas à minimização dos efeitos da Aids em decorrência da introdução dos antirretrovirais, além do acesso gratuito e universal no sistema público de saúde.

Apesar dos profissionais de nível superior da equipe de ESF reconhecerem a importância do sigilo diagnóstico, das pactuações nos modos de fazer a revelação na equipe, entre outros aspectos, ao serem perguntados diretamente sobre a percepção acerca do estigma relacionado à Aids obtivemos como resposta o silêncio. Este silêncio pareceu expressar, por um lado, que não é clara a relação entre estigma e sigilo do diagnóstico. Por outro lado, revela que o estigma não é algo evidente. Não houve relatos, por parte dos profissionais de nível superior da equipe de ESF, da expectativa de discriminação ou de relatos de situações de discriminação, tornando a discussão sobre a estigmatização algo aparentemente distante: “eu nunca vi nada na verdade, então não posso muito...” (Prof. 1). Posteriormente, foi mencionado que outros diagnósticos estariam mais associados a estigmas do que a Aids:

Eu não vejo muito com relação a Aids, eu vejo mais com relação a tuberculose. Tuberculose eu vejo as pessoas as vezes mais preocupadas: “tuberculoso!”. A Aids eu não vejo tanto. Parece que as pessoas estão lidando melhor com isso, estão... não sei se é um lidar melhor, ou se é um se acostumar com o fato de ter tanta gente, né, com HIV. Não sei. (Prof. 2).

Foi ressaltado um receio quanto ao risco de banalização, o que também gera preocupações na equipe:

Eu acho que atualmente as pessoas estão convivendo melhor com isso, o que me preocupa um pouco. Com o avanço da medicina, o tratamento, as pessoas acabam se descuidando. Então eu acho que estão lidando melhor, de ter menos preconceito, em relação ao diagnóstico da doença, e me preocupo nesse sentido porque não se cuidam, acabam não se cuidando mais. (Prof. 6).

Mas acho que a população tem lidado melhor, não vejo tanto preconceito e é preocupante a partir do momento em que você se ambienta com a situação. (Prof. 5).

Não houve nenhum relato, por parte dos profissionais de nível superior, de expectativa de discriminação ou ocorrência de atitudes discriminatórias em relação a PVHA, o que parece distanciá-los do que foi apresentado nas entrevistas com as PVHA e com os usuários que realizaram a testagem anti-HIV na unidade de saúde, onde a expectativa de atitudes discriminatórias fazia-se presente de modo geral. Chama a atenção a existência de uma discrepância entre os relatos dos usuários e PVHA em relação aos relatos dos profissionais de nível superior. Isso pode ser um indicador de que aspectos psicossociais relacionados ao viver com HIV-Aids são pouco abordados pela equipe ou, por outro lado, que essa abordagem não é reconhecida. Além disso, existe também uma discrepância entre esses relatos e os de outros profissionais da equipe, como os ACS e os técnicos de enfermagem, como exploraremos a seguir.

Os ACS também relatam situações onde o diagnóstico não é vivenciado como segredo. No aspecto revelação ou sigilo, o marcador “renda” parece constituir um importante atravessamento, pois as pessoas que vivem em situação de maior pobreza seriam aquelas que aparentemente teriam mais facilidade para revelar o diagnóstico.

Quem fala mais abertamente é aquele pessoal que não tem uma condição financeira muito estável, né. Quem já tem uma posição financeira mais estável, um pouco melhor, eles são bem mais fechados. Então quem não tem uma condição financeira estável, sabe, é pior assim, eles são mais abertos, falam. (ACS).

Outro aspecto que contribuiria para a banalização é a sobreposição de relações de vulnerabilidade:

Nós temos uma população que ela tem tanta vulnerabilidade, tanta vulnerabilidade, que o HIV é apenas um detalhe e esse detalhe não é lembrado a ponto de poder introduzir na vida dela esquema de antirretroviral, com acompanhamento e tal. Porque é um tratamento complicado, difícil de administrar, de controlar, com efeito colateral. Numa população vulnerável? Nossa. (Gestor).

Foi indicado que em algumas ocasiões o diagnóstico de HIV representa uma possibilidade de o usuário receber um atendimento especial ou prioritário:

Uma grande parte das pessoas que vive com HIV não apresenta problemas em relação a isso: eles vão nas unidades, pegam camisinha, eles dizem na unidade, eles dizem inclusive na comunidade, porque às vezes, inclusive, ter HIV é um ganho secundário para esses pacientes. É uma possibilidade de uma porta que vai estar sempre aberta para recebê-los. Então, não existe só o estigma. Para essa população que é extremamente vulnerável, o HIV é um detalhe, e um detalhe que às vezes faz uma diferença positiva para eles. (Gestão).

Esse aspecto foi reiterado pelos ACS. Nesse sentido, o estigma (enquanto demarcação de diferença) é reinterpretado sob a ótica da vulnerabilidade e da equidade, representando a possibilidade de um melhor acesso às ações da unidade de saúde. O mesmo atributo que, por um lado, poderia designar um estigma, acaba designando a necessidade de um acesso diferenciado à unidade de saúde. Portanto, não se trata de uma marca pejorativa, mas sim uma marca de vulnerabilidade que pode dar acesso a determinados benefícios.

A partir da posição-matricial, ressalta-se uma bifurcação nas experiências das PVHA em relação ao estigma, marcadas ora pelo estigma, ora pela banalização. No primeiro grupo a questão do sigilo é muito importante, enquanto no segundo o sigilo não parece se constituir como algo significativo. Semelhante ao que já foi colocado através da posição-ACS, esse segundo grupo costuma estar atravessado pelo marcador “baixo nível sócio-econômico”, sendo também caracterizado pela sensação de “desorganização”:

Existe uma certa banalização, as vezes. Isso mostra uma diminuição do estigma, né. Parece que “ah, todo mundo tem, o que que tem?”, para um tipo de pessoa. Até estava notando muito nos casos assim, nós temos nesses casos de abandono – o que nós consideramos abandono? Pessoa que não veio no serviço em 1 ano. Então, quando voltam, tem basicamente 2 tipos de pessoas: os assintomáticos, que vieram aqui, fizeram o exame, viram que não precisava tomar remédio e tentaram esquecer esse assunto. E os outros que são da ‘pá virada’, já chutaram o balde da vida, não estão nem ai, ou não sei, alguma coisa desse tipo. É muito diferente como esses dois grupos de pessoas lidam com a questão de sigilo e tal. Então, tu fazer uma busca, fazer contato com essas pessoas que estão assintomáticos e... tem muitos que não falaram para ninguém, que moram em casa e a família não sabe...outros não, todo mundo sabe. (Matricial).

Um indício da redução do estigma, na perspectiva da posição-matricial, é o fato de que a chamada “população em geral” tem acessado as ações de diagnóstico nas unidades, população essa que não se encaixaria nos critérios que tradicionalmente a caracterizariam como em relações de vulnerabilidade.

Agora, acho que isso aparece muito em quem está vindo fazer o teste no posto. (...) Pessoas que já estão dizendo assim, e isso as gurias comentam: “bom, vou fazer porque acho que todo mundo tem que fazer pelo menos uma vez na vida esse teste”. Então isso é uma coisa que me surpreende, né. Claro que estamos falando de uma classe baixa, geralmente, né. Mas são pessoas que antes se sentiam fora dessa ... sei lá, desse risco, né. (Matriciamento).

Essa percepção é consoante àquela apresentada pelo gestor, o qual considera que o impacto do diagnóstico passou por um processo de ‘amenização’, demonstrando também uma redução do estigma.

Se tu pensar, hoje, o próprio pessoal que trabalhou naquela época e que trabalha hoje com revelação de diagnóstico e quando tu vê, por exemplo, as pessoas em pleno Largo Glênio Peres fazendo fila para fazer teste, tu pensar que o impacto do resultado é muito menor hoje, por vislumbrar o tratamento, do que propriamente há 30 anos atrás. (Gestão).

O contraponto desse processo seria a banalização, também designada como uma “paralisação”:

A minha crítica a esse processo é que as pessoas não fazem ideia, nesse processo de paralisação, digamos assim, que o tratamento é algo muito difícil e muito complicado na vida da pessoa. Então, isso, tem consequências bastante difíceis no cotidiano das pessoas. E que elas não avaliam, por exemplo, isso do ponto de vista do impacto, né, na sua vida, mais a longo prazo. (Gestão).

Nosso argumento, entretanto, é de que o fato dos usuários acessarem a unidade de saúde para buscar o diagnóstico não significa que eles não demandem sigilo ou tenham receio por serem vistos procurando o teste. Neste sentido, a busca pelo diagnóstico na unidade de saúde não se coloca necessariamente numa relação de exclusão com o estigma relacionado à Aids. Ambos podem coexistir, residindo ainda um caráter paradoxal. Apesar da disponibilidade do tratamento para a Aids e da perspectiva de que ela seja vivenciada como uma doença crônica, a questão da morte ainda surge como um interrogante. Além disso, o dispositivo da sexualidade, sobre o qual o estigma da Aids se apoia, permanece se atualizando, como já indicado na análise realizada.

As referências feitas pelos participantes da pesquisa muitas vezes parecem situar o estigma e a banalização como os pólos de uma escala, seguindo uma gradação onde poderíamos situar as experiências no atual contexto da epidemia, ora pendendo mais para um ou para outro lado. Segundo nossa perspectiva, essa compreensão parece produzir uma homogeneização das experiências. Por este motivo, consideramos pertinente a abordagem da banalização e da

estigmatização como modalidades distintas de resposta, e não de graus, pois envolvem condições muito específicas para se manifestarem. Além disso, a relação estabelecida entre a banalização e a vulnerabilidade nos leva a interrogar se a banalização se refere ao diagnóstico de Aids ou aos modos de vida produzidos em determinadas condições. A diferença é que, no primeiro caso, a banalização designa um “não se importar com o diagnóstico”, “não considerar o HIV/Aids como algo grave ou importante”, em decorrência da percepção de que a Aids tornou-se uma doença crônica, que tem tratamento. No outro caso, a banalização corresponderia a um não conseguir se importar, não ter condições mínimas para reconhecer a importância do diagnóstico, em decorrência das condições precárias de vida. Neste último caso, teríamos não tanto o resultado de uma banalização, mas sim de uma imunização. A imunização é um efeito descrito por Goffman (2003) para caracterizar os indivíduos que passam por situações de privação em suas vidas habituais e, ao serem institucionalizados, não reconhecem os mecanismos de mortificação operados na instituição. A instituição, com seu conjunto de regras a serem seguidas, passa a ser vista como apenas mais um lugar como outro qualquer. Ocorre um processo de neutralização dos efeitos da instituição, em decorrência da situação precária na qual o indivíduo se encontrava anteriormente. Sendo assim, não ocorre ruptura em relação a um estado anterior. Pensamos que é nesse nível que pode operar o diagnóstico de Aids em pessoas em situação de vulnerabilidade e precariedade: não se trata de uma banalização, mas de uma imunização, demandando diferentes estratégias de respostas.

2.5.3. A Politização

O que caracteriza esse discurso são os enunciados veiculados à reivindicação de enfrentamento dos desafios advindos do diagnóstico de HIV-Aids, de modo a constituir tanto respostas individuais de enfrentamento quanto respostas sociais abrangentes, que ampliem o debate sobre o estigma:

Há, nessa discussão do estigma, uma necessidade de se ampliar a reflexão, tanto das pessoas que vivem com HIV e Aids e como elas lidam com esse elemento, da sua condição de como elas lidam no seu cotidiano com a doença, na sua relação com a doença, nos enfrentamento que elas tem que fazer, assim como ampliar a discussão das equipes de saúde. (Gestão).

Enquanto, na maioria das entrevistas e grupos focais, foi ressaltado os mecanismos através dos quais é possível mediar uma relação visando produzir invisibilidade, este discurso veicula a

necessidade de produção de visibilidade, relacionada a uma posição de enfrentamento na revelação do diagnóstico de HIV-Aids, produzindo rupturas em relação aos discursos que tendem a individualizar ou invisibilizar a questão da Aids. Os enfrentamentos são compreendidos em várias perspectivas: a possibilidade de revelação do diagnóstico e de como lidar com seus efeitos; como reagir diante de situações de discriminação; como pensar a revelação do diagnóstico também como um ato político de visibilidade em relação à epidemia, trazendo a discussão à cena pública; pela reivindicação de respeito aos direitos humanos; pela reivindicação de participação social na construção das estratégias de prevenção e tratamento.

É esta visão que possibilitou a proposição do processo de descentralização. Inicialmente, tinha-se a ideia de que, em função do estigma, poderia não haver adesão dos usuários, dificultando a descentralização. Em um segundo momento, passou-se a considerar que a inserção de um discurso sobre o HIV dentro da unidade de saúde era a própria condição para a desestabilização do estigma, ao criar a mensagem de que esse assunto “cabe” na unidade de saúde. Essa é a posição que designamos como de “enfrentamento”.

O conceito de sofrimento ético-político permite deslocar a compreensão do sofrimento da dimensão eminentemente individual – em nosso caso, a pessoa que sofre em decorrência de um diagnóstico de HIV ou de suas implicações – para uma dimensão coletiva, considerando os determinantes que fazem com que este diagnóstico seja produtor de sofrimento em nosso contemporâneo: “É o indivíduo que sofre, porém, esse sofrimento não tem a gênese nele, e sim em intersubjetividades delineada socialmente” (SAWAIA, 2008, p. 99). Sofre-se pela discriminação; sofre-se pela violação dos Direitos Humanos. Nesta perspectiva, coloca-se o desafio da politização do campo da atenção em HIV-Aids, acompanhando o processo de descentralização. Parker (2000) indica que os enfrentamentos à epidemia requerem a necessária mudança de uma resposta tecnocrática para uma resposta política, envolvendo a participação dos grupos afetados pela epidemia. Além disso, aponta que a prevenção ao HIV-Aids não pode ser dissociado do processo mais amplo de transformações sociais, “objetivando não apenas a redução do risco, mas a correção da desigualdade e da injustiça social e econômica que, quase universalmente está relacionada à vulnerabilidade crescente diante da epidemia” (PARKER, 2000, P. 76).

Tradicionalmente, a politização no campo da Aids vem sendo realizada principalmente através do ativismo, da participação de Organizações Não Governamentais (ONG) e de instância do controle social. Estudo realizado por Silva (2009) evidencia o papel de ONG como espaços de

politização do estigma e do sofrimento decorrentes da Aids. Segundo Silva (2009), a politização está relacionada à “construção de laços de amizade que fortaleçam ações cidadãs e solidárias entre pessoas que reconhecem, em algum nível de sua experiência de vida, que o espaço público pode ser um lugar de reconstrução de seus projetos de vida e de felicidade” (p. 731). As ONG constituem-se como espaços possíveis de exercício da politização. No entanto, nos últimos anos observou-se a tendência ao desfinanciamento de suas ações, levando ao enfraquecimento deste setor:

A questão da participação dos grupos que vivem com HIV é fundamental no desenvolvimento de qualquer política, de quebra de estigma e de reconhecimento de cidadania e de direito de vida, entende. E com o enfraquecimento do movimento, isso se perdeu. (Gestão).

Para Paiva (2002), a politização envolve a luta contra formas de opressão, as quais não estão relacionadas apenas ao estigma da Aids, mas também a outros aspectos como classe social, gênero, orientação sexual, entre outros. A autora enfatiza a necessidade de politização dos grupos psico-educativos e grupos de apoio, colocando os participantes em contato na busca de movimentos que rompam com o silêncio. O título de seu artigo “Sem mágicas soluções” (PAIVA, 2002), é bastante sugestivo, aludindo ao fato de que a politização envolve o deslocamento de um posicionamento passivo ou mercadológico para um posicionamento ativo, no qual assume-se a tarefa de reconstrução das possibilidades de vida.

Portanto, a politização tem em comum com o discurso da estigmatização o reconhecimento de que o estigma e a discriminação constituem-se como uma realidade no cenário da Aids. Porém, a politização busca um modo diferente de resposta aos processos de estigmatização, considerando-os não como uma realidade a ser manejada apenas no nível individual, produzindo invisibilidade, mas sim no âmbito comunitário e grupal, de modo solidário.

A história das políticas em HIV-Aids no Brasil constitui-se como história de lutas e disputas. Diante do novo cenário assistencial que se configura, no qual a descentralização constitui-se como um de seus dispositivos, torna-se ponto fundamental de discussão os modos de (re) politização das ações em HIV-Aids através dos dispositivos do SUS.

3. TERRITÓRIO

No bloco anterior, buscamos fundamentar o argumento de que os processos de estigmatização permanecem atuais, articulando-se com a vida das PVHA e dos usuários, assim como com o trabalho das equipes de ESF, matriciamento e gestão. Foi possível demonstrar, principalmente, o desejo de invisibilidade manifesto por muitos usuários em relação à Aids, indicando que a descentralização não ocorre em um cenário no qual o estigma estaria ausente, mas sim, no qual ele se atualiza e recoloca através de novas questões.

Neste bloco, focalizaremos a discussão sobre o território, explorando suas múltiplas dimensões e inserindo os processos de estigmatização como um elemento que o tensiona. Partindo da compreensão do território como uma construção, analisaremos algumas de suas configurações como expressão de modos de vida da população – vidas precárias e muitas vezes invisibilizadas. Por outro lado, a utilização do território como ferramenta do processo de trabalho das equipes de saúde possibilita lançar sobre ele um novo olhar, transformando-o e inserindo-o em um campo de visibilidade. É nesse ponto que apresentamos os dados que indicam a existência de aspectos que tensionam a relação entre estigma e território, evidenciando o seu caráter paradoxal. Afirmar o caráter paradoxal do território implica na compreensão de que ele não encerra um único sentido, mas a possibilidade de coexistência de sentidos múltiplos e contraditórios. Tornar o território visível ou objetivá-lo, aumentando o fator de exposição das equipes de saúde aos modos de vida da população, lança uma série de questões, as quais buscamos problematizar.

O trabalho ‘no’ território implica considerar as suas múltiplas determinações. Não se trata apenas do território geográfico, topológico, mas cultural, político e simbólico. Nesse sentido, coloca-se como desafio não apenas a ampliação do acesso físico, mas o acesso simbólico das equipes de saúde aos valores, costumes e modos de ser próprios a cada contexto. Ao invés de um trabalho centrado na chamada “livre-demanda”, o trabalho das equipes de ESF exige o conhecimento dos territórios, seus recursos, suas potencialidades e seus problemas, subsidiando o planejamento de intervenções contextualizadas. Nesta perspectiva, compreendemos que a ESF busca ampliar o fator de exposição das equipes à complexidade da vida. Trabalhamos com a noção de “fator de exposição” inspirados em Ceccim e Feuerwerker (2004), que mencionam a necessidade de “eleger as necessidades em saúde e a cadeia do cuidado progressivo à saúde como fatores de exposição às aprendizagens” (p. 53). Os autores focalizam os fatores de exposição

relacionados ao contexto do ensino no campo da saúde, levando-nos a interrogações como: a que fatores somos expostos no processo de ensino-aprendizagem? Aos livros? Aos casos clínicos e comunitários? À realidade e demandas dos serviços de saúde? Do mesmo modo, interrogamos quais são os fatores de exposição aos quais os profissionais são expostos em seu cotidiano de atuação profissional? Neste contexto, o fator de exposição corresponde aos modos pelos quais são criadas estratégias para acessar e colocar os profissionais em contato com as experiências de vida da população. Quando uma equipe de saúde atua apenas dentro de uma unidade, sem articulações com outros equipamentos sociais, sem ACS, podemos dizer que ocorre uma diminuição do fator de exposição. Por outro lado, equipes que mesclam o trabalho dentro da unidade com as chamadas “ações extramuros” ou, para usar um termo mais atual, “ações em redes”, estão aumentando seu fator de exposição, criando outros dispositivos de produção de visibilidade, como as visitas domiciliares, a busca ativa e assim por diante.

A intenção da ESF é poder reconhecer os modos de vida da população e os impactos que podem ter sobre o processo saúde-doença. Sendo assim, neste percurso buscamos compreender as formas de apreensão do território pela equipe de saúde. Essa descrição é importante pois possibilita caracterizar, a relação da unidade de saúde com a população e as interrogações despertadas a partir da inserção nestes espaços.

A partir desta compreensão, buscou-se conhecer a chamada “área adscrita” de atuação da equipe de ESF, tendo como guias os ACS. Ao longo de dois turnos eles apresentaram ao pesquisador as diferentes micro áreas de atuação, explicando as suas características, os modos de vida da população, tornando explícito o modo como se constitui um olhar da equipe da unidade de saúde sobre essa área e população. O tópico seguinte foi redigido com base principalmente em recortes de alguns trechos do diário de campo.

3.1. CARACTERÍSTICAS DA ÁREA ADSCRITA DE ATUAÇÃO DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.

“Uma das coisas que a gente estava avaliando agora no final do ano, é que eles estão no bairro que tem o maior número de casos da cidade, que tem o maior número de casos do Brasil. Portanto, eles estão no lugar, né... privilegiado!” (matriciamento)

A noção de território vinculada à ideia de “área adscrita” corresponde inicialmente a de “território-zona”, no qual prevalece uma perspectiva mais estática e delimitada do território, com fronteiras bem delimitadas. Por outro lado, o chamado “processo de territorialização” realizado pela equipe em relação à população da área adscrita envolve uma série de demarcações e apropriações deste espaço: a área adscrita é dividida em 12 micro áreas, cada uma com um ACS de referência. É realizado um processo de cadastramento de todas as famílias da micro área, através do preenchimento da “Ficha A”, que possibilita fazer um levantamento das condições de saúde e de habitação da família. A territorialização também envolve outros aspectos, como levantar os equipamentos sociais e recursos existentes no bairro, assim como características relativas à geografia da região que poderiam intervir no acesso à unidade: presença de rios, sangas, morros e outras características que possam representar barreiras ou facilitadores do acesso.

No percurso pela área adscrita junto aos ACS, buscou-se observar características relativas à dimensão física (o relevo e a constituição de um determinado trajeto), simbólica (o que se diz sobre esse território, quais ruas foram escolhidas para serem mostradas, onde passamos mais tempo transitando e onde passamos menos tempo) e política (como as relações de poder estabelecem demarcações, separações, locais proibidos ou permitidos, sensações de medo ou segurança, etc).

Em uma escala mais ampliada, é possível situar a unidade de saúde na região leste de Porto Alegre, que corresponde a uma região de morros. É comum a referência de que a área urbana de Porto Alegre expande-se principalmente na zona norte ou zona sul, pois à oeste existe o lago Guaíba e a leste os morros, os quais constituem-se como espécies de bordas da cidade. Existem avenidas importantes, como a Bento Gonçalves, localizadas na base do morro, dando acesso a outras ruas através das quais é possível chegar à unidade de saúde.

Em uma escala menor, considerando a área de abrangência da unidade de saúde, foi possível perceber uma conformação bastante heterogênea do espaço, considerando-se o modo de ocupação urbana, a arquitetura, os aspectos sanitários, habitacionais e de organização social. Os pólos dessa heterogeneidade seriam conformados, de um lado, pelas ruas asfaltadas ou calçadas, com bom acesso a transporte público, boas condições habitacionais e sanitárias; e, de outro lado, pelos chamados “becos”.

3.1.1. Configurações do Território: Algumas “Áreas Diferenciadas”

Ao sair da unidade de saúde para “conhecer o território”, em companhia de um ACS no primeiro dia e de outras 3 ACS no segundo dia, caminhamos inicialmente por uma rua com calçamento, com bom acesso aos meios de transporte público, casas que parecem mais estruturadas, apesar de simples, entremeadas por alguns casebres. Algumas casas são grudadas umas nas outras nas laterais, pois os lotes não são muito grandes e parece ser necessário aproveitar bem o espaço. Do mesmo modo, algumas tem a frente diretamente na calçada, enquanto outras apresentam um recuo entre a calça e a parede de frente da casa, possibilitando maior privacidade. Algumas casas apenas com reboco, outras com os tijolos de seis furos aparecendo, outras com a pintura gasta e outras com cores fortes: roxo, azul escuro são algumas que chamam a atenção. A maioria delas com garagem, carros estacionados. Em alguns trechos há calçadas na frente, em outros é necessário andar na rua, que não é muito larga. Há também alguns estabelecimentos comerciais: academia de ginástica, mercadinhos, bares, fruteiras, lojinhas de roupas e bazar. A varanda de algumas casas é utilizada para exposição de móveis, com placas que anunciam a venda de móveis usados. Outras casas apenas apresentam alguma placa anunciando a venda de alguma coisa: sacolé, picolé, roupas usadas, produtos da Avon. Entremeando estas casas, encontramos uma bastante simples, com vários objetos acumulados no terreno, conferindo uma aparência de “entulho”, apesar de possivelmente ter algum valor ou intenção de utilização pelo seu dono. De modo geral, nestas ruas ou regiões há um sentido de delimitação entre o espaço público (a rua, a calçada) e o espaço privado (do lote, da casa). No percurso por uma dessas áreas, logo após termos cruzado com um dos “becos”, um dos ACS comenta que por onde estávamos passando os moradores tinham um “perfil diferente”. Relata que quando estava fazendo o cadastro, um morador disse que só o receberia porque era o trabalho dele fazer aquilo, mas que não precisaria receber as visitas, nem acessar ‘o posto’, pois tinha plano de saúde. Comenta que esta situação ocorreu em outras casas também. Nesse sentido, algumas áreas foram chamadas de “diferenciadas”, por apresentarem melhores condições sociais, sanitárias e assim por diante.

Entremeando essas áreas existem também algumas outras com uma configuração bem específica, as quais são chamadas de “becos”. Existe o Beco das Pedras, o Beco do Mumu e assim por diante.

3.1.2. Configurações do Território: os ‘Becos’

No primeiro dia de observação tive acesso ao primeiro beco, o qual corresponde à chamada micro área 1. Primeiramente, é importante lembrar que estamos em um morro, portanto, começamos vislumbrando os desafios de constituir residências em um local com essa característica. Essa micro área é considerada a que tem o maior número de casas em situação de risco. São casas que teriam que ser removidas e os moradores alocados em outros locais, o que de fato não ocorreu nem tem previsão de ocorrer. Nesse beco não há exatamente ruas, mas sim algumas passagens, trilhas de terra batida, com algumas pedras colocadas em alguns pontos pelos próprios moradores, para dar um pouco mais de sustentação e firmeza. Valetas com água/esgoto cortam esses caminhos no beco. Há contenções feitas com pneus em áreas mais íngremes para que a terra não deslize em cima das casas. São estratégias constituídas pelos próprios moradores do local, na tentativa de minorar alguns riscos. O beco possui ramificações, que dão acesso às casas, que por sua vez são bastante simples, algumas de madeira, outras misturando madeira, concreto e outros materiais. As divisões entre os terrenos são feitas com pedaços de madeira, às vezes arames, restos de construção e tapumes, produzindo uma sensação de improvisado. Muitos cães habitam o lugar também. As casas são entremeadas por árvores. Subimos e descemos pelas trilhas desse beco, o qual foi referido no grupo focal como uma “área muito suscetível”, onde “tem maior ocorrência de tudo, inclusive HIV”. O ACS comentou que as visitas começavam as 9 horas, mas que já conheciam os locais para saber onde podiam ir mais cedo ou mais tarde, porque eles tem a sensação que em alguns becos os moradores ‘se combinavam’ para acordar todo mundo tarde! Possivelmente por esse motivo havia poucas pessoas transitando naquele horário. De vez em quando alguém cruzava nosso caminho, cumprimentando.

Transitar pelo beco, ao menos pela primeira vez, exige certa concentração no terreno. Em um determinado momento, ao descer por um dos caminhos, um morador passa, cumprimenta o ACS e comenta comigo “tem que firmar o pé para não escorregar, por causa da areia [que fica sobre as pedras]”. Ao mesmo tempo que uma concentração no caminho é exigida, transitar por ali produz um constrangimento. A sensação é de estar invadindo um território, e o olhar dos poucos transeuntes parecia interrogar quem eu era, evidenciando minha posição de estrangeiro em relação aquele lugar. Ao caminhar, passamos muito próximo às casas, o que possibilita enxergar dentro delas. A divisão que separa o caminho por onde passamos em relação às casas, apesar de existir,

parece frágil, nos permite enxergar dentro de algumas residências. A delimitação público/privado não parece bem estabelecida, não seguindo uma lógica tão disciplinar quanto estabelecido em outras áreas. Em determinado momento passamos por um local onde existia um casebre, que foi demolido. Segundo o ACS, neste casebre “ocorria de tudo”: algumas pessoas se reuniam para comprar e usar drogas e, se faltasse dinheiro para comprá-las, algumas mulheres já se prostituíam ali mesmo, sendo que a ACS dessa micro área já havia presenciado uma mulher fazendo sexo oral “ali, a vista de todos”. Os moradores do local demoliram o casebre, pois não gostavam de ter ao lado de sua casa um ponto onde ‘essas coisas’ aconteciam. Posteriormente passamos por um casebre que permanece sendo utilizado para o comércio e uso de drogas, assim como práticas sexuais e prostituição. Trata-se de um casebre feito de madeira, medindo mais ou menos 2X2. Novamente, sinto um constrangimento do olhar: ao mesmo tempo em que está para ser visto, no sentido de que está exposto, parece haver “algo” que diz para não ser olhado – talvez seja a instituição sexualidade operando: as regras de conduta em relação ao que pode ser visto ou não em circunstâncias sociais. Esses locais, no entanto, evidenciam uma outra normatividade em relação ao sexo, que parece torná-lo mais exposto.

Em relação às fotografias que pensei em tirar desses locais por onde passávamos, acabei desistindo ao perceber que elas não conseguiriam apreender a sua intensidade: o cuidado necessário ao caminhar, o terreno íngreme, o cheiro que em alguns momentos se apresenta de esgoto misturado com água e em outros momentos é de café, a vista panorâmica impressionante que abrange toda a cidade. Os ACS que me acompanhariam no segundo dia avisaram: “traga máquina fotográfica, pois a vista da cidade é muito bonita”.

O ACS comenta que ainda é cedo, mas que se eu fosse em outro horário eu veria crianças brincando ali onde passa o esgoto. Pergunto como é o acesso à água tratada. Ele disse que os moradores vão puxando os canos, do mesmo modo que a energia. Mostra alguns fios elétricos puxados que seriam fios com revestimento compatível para áreas internas, mas que ali são usados em áreas externas, o que é perigoso, além de se constituírem como um emaranhado de fios, muito próximo do acesso às pessoas que por ali caminham. No trajeto, comenta sobre uma casa que “está por um fio” e que os moradores, ao olharem para esta casa, costumam dizer que “Deus protege”, “Deus cuida”.

Ao descrever a situação em que vivem algumas pessoas nesta região, conta a situação de uma visita domiciliar (VD) realizada com o médico, na qual ficaram muito ‘chocados’. Refere que

a situação da casa era quase indescritível. No fogão, havia comida derramada de meses, misturada com comida de poucos dias. A mulher que morava na casa dormia sobre 3 colchões, forrados com algumas peças de roupa. Em função disso, ela tinha muitas dores nas costas, uma das queixas que motivou a realização da VD. O cheiro na casa era muito forte, havia cachorros, todos com muita sarna, convivendo com a família. Um dos filhos tinha problemas de saúde mental. Quando o Ronaldinho gaúcho aparecia na TV, ele ia atrás da TV para tentar tirá-lo de lá. Segundo o ACS, todos na casa tinham problemas de saúde mental. Também havia ratos por ali. Ao sair de lá, o médico teria comentado com ele que se tivesse ficado mais 2 minutos, acha que iria vomitar. Conta também que a mulher perguntou se eles queriam um copo de água, e eles não aceitaram. O ACS comenta perceber a existência de muitos casos de saúde mental na região, os quais contribuiriam para certa ‘desorganização’ de alguns moradores em relação aos seus modos de vida.

A seguir, acessamos outro beco, o qual se constitui como parte da micro área do ACS que guiava a visita. Apesar de semelhante ao anterior, demonstravam-se menos capilarizado. Ele me mostra algumas casas que diz serem complicadas. Aponta para duas casas feitas de uma madeira bem fina, cheia de frestas. Comenta que no inverno é “bem complicado”. Numa delas mora uma senhora idosa e seu neto, ainda criança. Na casa ao lado, aponta o fato de também ser de madeira, bem simples, mas que o morador conseguiu recentemente construir um banheiro de material, do seu jeito, melhorando um pouco a condição sanitária. Esta área constituía-se como uma de suas áreas mais problemáticas. Relata também situações de incesto, que levou a filha de um senhor a ter uma filha com ele. O ACS comenta que se deparou com todas essas situações somente após se tornar ACS. Apesar de ser morador da área desde que nasceu, não tinha conhecimento da situação na qual algumas pessoas viviam. Conta que quando começou a trabalhar como ACS, chegava em casa e comentava com sua mãe, pois era uma realidade que ele não conhecia, não enxergava, mesmo morando ali. Ao longo desse trajeto, houve momentos em que moradores abordaram o ACS para ter acesso a alguma informação sobre a unidade de saúde ou até para relatar algum caso e pedir orientações – como uma mãe que relata a situação de uso de drogas pelo filho e pede orientações quanto acesso a serviços para tratar esse problema.

No segundo dia de observações, seguimos para o lado oposto ao do primeiro dia. A primeira área visitada é a que mais tinha becos, ruelas, esgoto a céu aberto, lixo, situando-se em uma área bastante íngreme. As 3 ACS que me acompanham mostram os mapas que elas mesmas desenharam dessas áreas e explicam como reconhecem esses espaços. Geralmente os becos são identificados

pela rua principal que dá acesso a eles, acrescidos de algum número ou nome. Por exemplo: é o beco 2 daquela rua. Em muitas situações as ACS diziam: ali tem um beco que dá acesso a 4 casas, por exemplo. Não há centro no beco, senão múltiplos caminhos, passagens, que ligam uns pontos aos outros. O que chamou a atenção é que, em algumas situações, são tão estreitos que não pareceriam dar acesso a alguma coisa. Ao comentar isso, as ACS disseram que também levaram um tempo para se acostumar e conseguir enxergar algumas coisas. Alguns lugares ainda estão sendo “descobertos”, na medida em que fazem as visitas e a territorialização. As duas ACS que não cobrem essa área demonstram conhecê-la muito pouco. No mapa desenhado pelos ACS podemos visualizar os becos e as casas com uma numeração. Algumas casas estão pintadas de rosa, indicando aquelas que são prioridade e precisam ser visitadas todo mês. Elas contam que sempre fazem o acompanhamento dos “restritos” da área, que correspondem a cinco prioridades: ser hipertenso, diabético, gestante, recém-nascido (até 2 anos) ou ter tuberculose. Em dado momento, chama a minha atenção um córrego que desce o morro, escoando água e os esgotos das casas. Em um trecho há uma casa construída exatamente em cima dele, sob alguns pilares que permitem sua passagem por baixo dela. Elas comentam que morava alguém ali, mas que se mudou. A casa estava toda fechada, sendo difícil identificar se havia alguém ou não. Ao passar por algumas casas, uma das ACS vai caracterizando o ambiente, através de comentários como: “ali tem uma família com seis filhos”, ou, “ali naquela casa não tem banheiro, dá pra perceber que é uma peça só, e moram cinco pessoas. Tu entra e só tem colchão na casa”. Comentam que há casas em que os moradores só as recebem na porta, não convidam para entrar. Mostram o terreno de uma outra casa que está cheio de madeira e outros materiais, que o morador está juntando para construir outra casinha para a filha que está grávida e para o namorado dela. Porém, está juntando muito ‘entulho’. Tanto o morador quanto sua mãe foram picados por algum inseto, acredita-se que seja aranha, possivelmente criados em decorrência desses entulhos. As casas nesse local não ficam grudadas umas nas outras. Elas têm o terreno maior que permite certa distância. Algumas são cercadas (com pedaços de madeira ou algum tipo de material que limita o terreno) e o beco passa na frente da casa. Passamos por uma casa e a ACS comenta que conversava com a família sempre no portão, ou que entrava no terreno, onde a família oferecia uma cadeira para sentar. E que só entrou na casa cerca de três meses depois, pois a mulher não estava conseguindo se levantar da cama e por isso a convidaram a entrar. Essa situação evidencia a relação tensa entre intimidade e exterioridade, público e privado no contato entre ACS e moradores. Em outra situação passamos por uma casa

que o beco passa exatamente rente à sua parede. Uma das ACS disse que pediu ao senhor que mora na casa licença para poder passar por ali, e que ele disse que poderia passar sempre que precisasse. Espaços como este geram ambiguidade quanto ao seu caráter público ou privado. Entre descidas e subidas, chegamos a uma rua e elas comentam: tudo o que está no lado direito, de cima, é nosso. O que está do lado esquerdo é da outra unidade de saúde. Só que dá muita confusão, porque na outra unidade eles identificam que o que é dessa rua é nosso, e não deles. Eles não distinguem o lado da rua, e nós sim. Então, às vezes dá confusão para os usuários. Na outra unidade de saúde ainda não há ACS, por isso eles não conseguem fazer a distinção. Seguindo a subida do morro, avisto uma casa que abriga uma igreja evangélica. A construção é simples, de tijolo vermelho, sem reboco. O que a identifica como igreja é uma placa que fica na sua frente. Não é imponente, não se parece em nada com as igrejas geralmente localizadas no centro da cidade. As ACS não tem muita clareza sobre a religião predominante ali, mas imaginam que é a evangélica, apesar de saberem que também tem umbanda.

Após conhecer esse beco, comento com as ACS que não havia compreendido porque elas consideravam a micro área 1 a mais “suscetível” de todas, considerando-se que o beco pelo qual havíamos acabado de passar era semelhante a micro área 1, com difícil acesso, com muitos casebres pouco estruturados, presença de esgoto. Elas concordaram em relação a isso, dizendo que deve ter até mais esgoto e lixo ali do que na micro área 1. Porém, o que torna a micro 1 suscetível é o fato de haver tráfico e prostituição. A micro 1 fica mais próxima a ruas estruturadas, o que facilita o acesso à área por pessoas de fora do morro, assim como facilita a fuga, caso seja necessário. Já na outra área, não há tráfico, os moradores apenas residem ali.

Saindo desse beco, passamos por uma área também bastante simples, mas um pouco mais estruturada. Fomos nos dirigindo a parte mais alta do morro, também considerada mais distante da unidade de saúde. Essa micro área é considerada a que tem o menor número de famílias, porém, é a que mais se expande, pois há muito espaço ainda para ser ocupado. Uma das ACS mostra cerca de cinco casas que foram construídas há pouco tempo. As casas possuem lotes maiores e elas apontam, ao longe, algumas casas mais isoladas, as quais ainda pertencem à área adscrita. A ACS diz que tem que combinar a visita, pois a caminhada é muito longa para correr o risco de chegar lá e não ter ninguém em casa. No percurso, é comum moradores conversarem com as ACS, perguntando sobre alguma consulta agendada, por exemplo.

Na conversa com os ACS surgem aspectos que remetem a relação estabelecida na convivência da comunidade com o tráfico e com o policiamento. Um deles relata que, no morro, ninguém pode ganhar mais do que quem trabalha com o tráfico. Nesse sentido, é comum entre as estratégias que permeiam o tráfico, o constrangimento dos donos de casas de festa para que cedam parte do negócio para eles, para que possam lucrar também. O comando do tráfico no morro, atualmente, coincide com o comando da área do Campo da Tuca (região que fica na base dos morros). As maiores festas também ocorrem no Campo da Tuca, e muitos moradores do morro descem para frequentar as festas que ocorrem lá. Nesta região, a presença do tráfico não é necessariamente associada a perigo. Um ACS relatou que é seguro nessas regiões, que dificilmente haverá um roubo de carro. Mas o mesmo não é garantido se o carro de alguém estiver estacionado na Av. Bento Gonçalves, na base do morro. Outro participante faz menção à proximidade com as pessoas envolvidas com o tráfico, assim como o sentimento de segurança em relação a eles.

Aí diziam: “ô Fulana [filha do entrevistado], pode passar, nós vamos te cuidar!” Assim, não é que eu estou envolvido com eles, eu tenho amizade...eles lá e eu aqui! Isso eu já deixei bem claro pra eles: “ó! Vocês lá e eu aqui! Não se mete aqui para dentro do posto não”...eles sempre estão com droga! Sempre! Eles vendem a droga. (...) Moram ali na Rua... tudo ali, outros lá em cima. Mas eu não tenho medo nenhum deles, ao contrário, eu me sinto protegido deles! (CLS).

A função da polícia, nesse contexto, é neutralizada. Um dos participantes refere que “no morro a polícia não tem tanta função”. Quando acontece alguma coisa, cada um tenta resolver do jeito que é possível. Se a casa for roubada, cabe à própria pessoa que foi roubada tentar descobrir e ir atrás de quem foi. O tráfico exerce papel de liderança e disseminação de regras informais relacionadas à circulação, segurança, participação no comércio, etc. Em relação às regras, também podemos dizer que não se trata de uma inexistência de regras, mas sim a existência de regras regidas por outra lógica, na qual equipamentos de estado como a polícia tem um papel reduzido e outros setores, como o tráfico, tem um papel maior na disseminação de formas de sociabilidade, circulação, segurança e assim por diante.

3.1.3. Os Becos: dos “Espaços Vazios” aos “Territórios de Vulnerabilidade”.

O beco é algo estranho, pois é como se o mesmo não fosse visto. Eu seria capaz de passar ao redor dele, por uma rua principal, e não perceber a sua existência. Parece se esconder entre o verde das árvores. (Diário de pesquisa).

Nesse processo de observação do território, operamos um redirecionamento do olhar, transitando de um ‘espaço vazio’ ou ‘espaço não visto’ para a constituição de um território de vulnerabilidade. Em que consiste esse deslocamento?

Bauman (2001) utiliza a noção de “espaço vazio” para se referir a lugares que não são exatamente inacessíveis por terem barreiras, cercas ou muros, mas pelo fato de serem invisíveis ou imperceptíveis a determinados olhares. Ao invés de “lugares vazios”, também poderiam ser chamados de “lugares não vistos”³⁶. Para compreendermos em que consistem esses lugares, Bauman (2001) conta que em uma de suas viagens foi recebido em uma grande cidade ao sul da Europa por uma “jovem professora, filha de um casal de profissionais ricos e de alta escolaridade” (p. 121). Para deslocarem-se do aeroporto até o hotel levaram quase duas horas, sob as desculpas da motorista, que dissera ser impossível fazer esse trajeto sem passar pelas “movimentadas avenidas para o centro da cidade, constantemente engarrafadas pelo tráfego pesado” (2001, p. 121). No dia de partida, Bauman relata ter preferido pegar um táxi para se deslocar ao aeroporto. Para sua surpresa, a ida ao aeroporto levou cerca de 10 minutos. Porém, diz ele, “o motorista foi por fileiras de barracos pobres, decadentes e esquecidos, cheios de pessoas rudes e evidentemente desocupadas e crianças sujas vestindo farrapos” (2001, p. 121). Nesse sentido, outras rotas de acesso ao aeroporto eram possíveis, mas não para o mapa mental da pessoa que o guiou em sua chegada, que “não registrava as ruas dos feios ‘distritos perigosos’ pelas quais o táxi me levou. No mapa mental de minha guia, no lugar em que essas ruas deveriam ter sido projetadas havia, pura e simplesmente, um espaço vazio” (2001, p. 121).

Semelhante aos chamados “espaços vazios”, Wallace³⁷ (1988, 1990, apud PARKER, CAMARGO, p. 96) descreve os processos de “desertificação urbana” nos quais, por uma série de fatores, passa a ocorrer o abandono de certas regiões, “criando efetivamente uma ‘terra de ninguém’, na qual os aspectos regulares da ordem social – como o policiamento efetivo – funcionam precariamente ou não existem, e onde níveis extremamente elevados de mortalidade por

³⁶ Cabe salientar que realizamos uma busca no google maps, que permite a visualização de mapas urbanos. Nesta região de Porto Alegre, as ruas principais e ou até secundárias podem ser visualizadas. No entanto, os becos aparecem literalmente como áreas vazias.

³⁷ WALLACE, R. A synergism of plagues: “Planned shrinkage”, contagious housing destruction and AIDS in the Bronx. *Environmental Research*, 47:1-33. 1988.
WALLACE, R. Urban desertification, public health and public order: “Planned shrinkage” violent death, substance abuse and AIDS in the Bronx. *Social Science and Medicine*, 31:801-813. 1990.

violência, tráfico de drogas e abuso de substâncias ilegais, mortalidade infantil e infecção pelo HIV têm sido documentados” (PARKER, CAMARGO, 2000, p. 96). No estudo de Wallace, destacavam-se áreas que foram passando por processos de degradação ou abandono, ou áreas nas quais as habitações foram destruídas para dar passagem a vias expressas, sendo que o que restou ficou em condições precárias. Em nosso contexto, no entanto, estamos falando de áreas que já se constituíram nessa condição de precariedade. Wallace et al³⁸ (1995, apud PARKER; CAMARGO, 2000, p 96) também têm argumentado acerca da existência de áreas internas dentro das grandes cidades que tem se caracterizado por uma “sinergia de pragas”, “na qual os efeitos negativos de uma gama de problemas sociais diferentes (...) interagem sinergicamente para criar vulnerabilidade aumentada ao HIV e à Aids”. Em perspectiva semelhante, Singer (1994) considera que a Aids não pode ser analisada separadamente, como se fosse uma epidemia com características únicas. Por isso, propõe o uso do termo “sindemia”, que se refere a um conjunto sinérgico e/ou entrelaçado de mútuo reforço entre problemas sociais e de saúde frente à pobreza. Em nossa pesquisa, os chamados becos parecem remeter às áreas que concentram essas problemáticas, pois concentram vulnerabilidades de diversas ordens. Há uma heterogeneidade dentro do território de referência das equipes de ESF, sendo que os becos são considerados como áreas de maior vulnerabilidade em relação a vários aspectos sociais e de saúde. Estudo realizado por Edmundo et al., (2007) em uma favela do Rio de Janeiro também considerou a necessidade de conhecer e considerar os problemas sociais que constituem, junto com a Aids, uma sindemia. Apesar de o projeto proposto pelos pesquisadores reconhecer a limitação em não conseguir (e nem ter como objetivo) eliminar essas desigualdades, aponta-se a importância do conhecimento delas para situar as relações de vulnerabilidade e a necessidade de contextualização das intervenções. Os autores também indicam configurações específicas nas relações público/privadas em uma favela no Rio de Janeiro, relatando as falas de moradores quanto a falta de privacidade nas relações sexuais, sendo comum vizinhos ouvirem outros vizinhos tendo relações, assim como é comum aos jovens terem relações “no mato” e em áreas abertas, borrando os limites tradicionais de intimidade e privacidade.

Devemos considerar que as áreas tais como os becos se constituem em uma relação de visibilidade/invisibilidade. Porém, segundo Bauman (2001) “o vazio do lugar está no olho de quem vê e nas pernas ou rodas de quem anda. Vazios são os lugares em que não se entra e onde se sentiria

³⁸ WALLACE, R. & WALLACE, D. U.S. apartheid and the spread of AIDS to the suburbs: A multicity analysis of the political economy of spatial epidemic threshold. *Social Science and Medicine*, 41:333-345. 1995.

perdido e vulnerável, surpreendido e um tanto atemorizado pela presença de humanos” (p. 122). Nesse sentido, chamar esses espaços de “lugares não vistos” parece expressar de modo mais adequado a relação que pode ser estabelecida com eles.

O que devemos evidenciar é que a visibilidade em relação a essa configuração de território não é natural. Enquanto pesquisador, foi o dispositivo observação participante que possibilitou esse exercício. Do ponto de vista da produção de saúde, o modo de apropriação do espaço pelas equipes de ESF constitui-se como dispositivo de visibilidade dessas áreas. O exercício desempenhado pelas equipes de ESF é o de tornar esses “espaços vazios” em “espaços visíveis”. O chamado processo de territorialização - que consiste em constituir um mapa detalhado no qual é identificado cada rua ou beco, cada casa, família e indivíduo existente na comunidade – possibilita esse movimento.

Os espaços vazios apresentam diferentes dimensões e podem ser perspectivados de diferentes modos através da posição do observador. O morro, em sua quase totalidade, pode ser considerado um espaço não visto no mapa da cidade para um homem urbano morador de um bairro nobre em Porto Alegre. Mas, em outra dimensão, um morador do morro também poderá considerar a existência de espaços não vistos no mapa mental e de circulação pelo próprio morro. A experiência relatada pelos ACS é uma expressão disso, como no caso da referência de que nunca tinham circulado por algumas áreas antes de serem ACS, ou que não tinham a dimensão dos problemas que afligiam algumas áreas. Portanto, apesar de os ACS serem moradores do morro e supostamente serem inseridos no território, também se relacionam com alguns locais de modo a torná-los espaços não vistos. No percurso desenvolvido, um ACS comentou com outro ACS: “eu achava que o morro ia até aqui” – indicando um ponto da rua onde, na verdade, se bifurcavam alguns becos. Os becos passaram a ser conhecidos através da função-ACS, pois não se constituíam como pontos de circulação enquanto ocupavam a posição apenas de moradores na região. De modo geral, os ACS residem em áreas mais estruturadas no morro, com melhores condições. Comentam não trabalharem na mesma micro área onde residem, e que isso ocorre para que tenham um maior cuidado com as relações, principalmente pela questão ética. Apesar do pressuposto de contratação das ACS ser o de que elas já conhecem o território por residirem nele, percebemos que sempre há espaços vazios nos mapas mentais e de circulação constituídos, os quais precisam ser preenchidos através do trabalho como ACS.

Nesse exercício de mapeamento, novos territórios são desenhados, expressando dimensões de vulnerabilidade. Do ponto de vista social, os becos correspondem a áreas de exclusão. Trata-se

de uma área carente em relação a condições básicas de saneamento, esgoto, moradia, alimentação e tantos outros aspectos ligados à pobreza. As condições sanitárias não estão presentes de forma mediada pelo poder público, sendo que as condições que puderam ser constituídas são fruto da própria organização local. Do ponto de vista programático, há cobertura de acesso à unidade de saúde, reduzindo esta dimensão de vulnerabilidade. Ao mesmo tempo, há demandas sociais anteriormente mencionadas que parecem extrapolar as condições de resolução da unidade de saúde, isoladamente.

Deve-se ressaltar que essa passagem dos territórios vazios para os territórios visíveis é possível pelo modo de operação das equipes de ESF, que preveem não só a presença dos ACS, mas o processo de adscrição de área e territorialização, constituindo um diferencial dessas equipes em relação ao modelo tradicional das unidades básicas de saúde ou ao modelo de serviços especializados. Ao tornar esses territórios visíveis, podemos ainda caracterizá-los como territórios de vulnerabilidade. A noção de vulnerabilidade difunde-se globalmente através de publicações do início da década de 1990, sendo também apropriado por grupos brasileiros que trabalhavam em torno das questões relacionadas à epidemia de Aids (AYRES; PAIVA; BUCHALLA, 2012). A noção de vulnerabilidade, associada ao quadro dos direitos humanos, tem orientado a política nacional de DST-Aids do Ministério da Saúde. Segundo Ayres et al (2009) a noção de vulnerabilidade adquiriu sucesso no campo da Aids pelo fato de evidenciar que a epidemia respondia a determinantes cujo alcance iam além da ação patogênica de um agente viral, rompendo com concepções biologicistas e/ou individualizantes. Como uma forma de operacionalizar o conceito de vulnerabilidade, foram propostas três dimensões constitutivas: individual, programática (ou institucional) e social. Ayres, Paiva e Buchalla (2012), considerando a necessidade de superação da dicotomia coletivo/individual, concebem estas dimensões da seguinte maneira:

“a) o individual sempre já como intersubjetividade, isto é, como identidade pessoal permanentemente construída nas interações eu-outro; b) o social já sempre como contextos de interação, isto é, como os espaços de experiência concreta da intersubjetividade, atravessados por normatividades e poderes sociais baseados na organização política, estrutura econômica, tradições culturais, crenças religiosas, relações de gênero, relações raciais, relações geracionais, etc; c) o programático já sempre como formas institucionalizadas de interação, isto é, como conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponibilizadas em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais, segundo os padrões de cidadania efetivamente operantes” (p. 13).

O foco antes colocado em identidades passa a ser deslocado para as relações: de gênero, socioeconômicas, etc. Nesse sentido, referente ao contexto analisado, não se trata de atribuir um caráter específico à pobreza, mas sim, considerar que a pobreza constitui ou dispõe as pessoas a determinadas formas diferenciadas de relação. Em um mundo globalizado, onde o acesso a diferentes pontos é destacado como característica da contemporaneidade, existem populações com um baixo grau de mobilidade em decorrência da situação financeira enfrentada, o que designa uma barreira de acesso a serviços distantes, por exemplo. É nesta perspectiva que indicamos a existência de vulnerabilidade em relação a essa população.

Dentro do enfoque da vulnerabilidade, podemos considerar que existem relações operadas também pelo estigma e pela discriminação que tornam alguns grupos mais propensos a serem afetados pela epidemia. Desde a década de 1990 percebeu-se mudanças nas tendências epidemiológicas da Aids, que passaram a apontar para a descentralização e pauperização da epidemia.

A relação entre Aids e pauperização certamente guarda especificidades com relação a outras relações de vulnerabilidade para a Aids, como as de gênero, por exemplo. Sontag (2007) afirmava que, no início da epidemia, existia um receio no diagnóstico de HIV, pois a sua revelação poderia ser também a revelação de outra identidade: a de homossexual, também estigmatizada. Ser homossexual constituía, assim, uma relação de vulnerabilidade, pois predispunha as pessoas com orientação homossexual a não procurarem o diagnóstico, buscando resguardar também outros aspectos. O impedimento era de ordem política (ou seja, das relações desiguais de poder) e simbólica (relacionada aos sentidos atribuídos ao acesso a um serviço), mas não necessariamente física. Em relação à pobreza, certamente também operam aspectos de ordem política e simbólica: há desigualdades que a marcam, delimitam, assim como há significados atribuídos. Mas agrega-se um terceiro fator, de ordem sócio-econômica, com impacto sobre as possibilidades de mobilidade e circulação. Os princípios associados aos CTA no início da epidemia - como o anonimato - constituíram-se como uma demanda específica suscitada naquele contexto para determinadas populações. Não estava em questão a possibilidade de deslocamento, mas sim, a necessidade de preservação do sigilo e anonimato, podendo o serviço ser acessado por pessoas de qualquer ponto do território. Não havia uma discussão sobre a necessidade dos serviços estarem próximos ou distantes, mas sim, dos serviços poderem garantir ou não o sigilo e o anonimato. Porém, outras demandas também surgiram no decorrer da epidemia, principalmente com o processo de

pauperização: a demanda de acesso físico. Dificilmente o serviço especializado chega no beco, assim como dificilmente alguém do beco chegará ao serviço especializado.

Santos (2001) considera que “a coisa mais terrível que o liberalismo fez aos direitos humanos foi dizer que havia uma geração de direitos humanos. O que há é um conjunto de direitos humanos, porque eu não consigo ler o jornal se estiver morrendo de fome. As pessoas não podem comer hoje para ler o jornal amanhã. Precisam comer todos os dias para ler o jornal todos os dias também” (p. 11). Do mesmo modo, podemos pensar que não basta existir um serviço, se não houver possibilidade de acesso físico até o mesmo, ou se algumas condições básicas à população não estiverem garantidas, a ponto de o diagnóstico poder ser considerado algo importante. Segundo o representante do CLS: “Ah! Tem muita gente que, olha...eu acho que mal, mal assim dá para comer. Tem muita gente! Acho que a maioria tem que pegar o lanche gratuito ali”. Santos (2001) caracteriza, ainda, o que denomina de ‘fascismo social’: ele “inscreve um regime social em que as disparidades de poder e recursos são tão grandes que uma das partes do contrato adquire direito de veto sobre a outra”, ocasionando a frustração das ‘expectativas de estabilização’ presentes nas pessoas. As expectativas de estabilização são aquelas que dizem respeito a aspectos de nosso cotidiano relacionadas a habitação, alimentação, saúde, bem estar. No entanto, “vivemos hoje com larguíssimas parcelas da população sem estabilização de expectativas (...). Há muita gente que não tem essa convicção [de estabilização] e que raciocina da seguinte forma: estamos vivos hoje, amanhã poderemos estar mortos; estamos empregados hoje, amanhã poderemos estar desempregados; comemos hoje, mas não sabemos se comeremos amanhã” (SANTOS, 2001, p. 5). Ao mesmo tempo, o autor afirma que os fascismos sociais são também territoriais. Historicamente, as cidades eram muradas, visando a delimitação e proteção de um interior em relação a um exterior. Com a industrialização e o nascimento das cidades modernas, cada vez mais foram produzidas segmentações internas e “os inimigos externos passam a ser inimigos internos, com o nascimento da classe perigosa dentro das cidades. E é aí que as cidades constroem, como diz Teresa Caldeira, os muros internos, como divisões” (SANTOS, 2001, p. 8). Seguindo esta lógica, Haesbaert (2009) caracteriza os chamados “aglomerados de exclusão”, no qual a ideia de aglomerado equivale a característica de bloco, de amontoamento. São territórios que parecem “fugir ao controle”, sendo difíceis de serem apreendidos. Trata-se de um agrupamento no qual os elementos estão “ajuntados confusamente”, conforme a expressão utilizada por Haesbaert (2009) – o que auxilia a colocar em palavras a sensação relatada anteriormente de que os becos parecem se constituir sem um centro e

com múltiplas conexões, fora de um planejamento racional. A exclusão social constitui-se como a problemática a qual esses espaços visam constituir-se como expressões geográficas.

Nesse contexto, demarcações como a da existência dos “becos” nos “morros” constituem-se como expressões territoriais de desigualdades sociais e também de expectativas, envolvendo formas de sociabilidade e marcas que dobram-se sobre os modos de viver.

Consideramos que a inserção de uma unidade de saúde, atuando sob o princípio do território, tem a potência de criar um sentido de reconhecimento dessa população, de sua existência: da vida dessas pessoas como vidas que importam. Por outro lado, também somos levados a interrogar que vidas são essas e como lidamos com elas, inserindo na discussão as contribuições de Judith Butler.

3.2. VIDAS PRECÁRIAS E A ESF COMO FERRAMENTA DE AMPLIAÇÃO DA RECONHECIBILIDADE

Antes de ter garantido o direito ao acesso, ao diagnóstico, é necessário o reconhecimento da existência, transformando “espaços vazios” em “espaços vistos” e, no caso analisado, em “territórios de vulnerabilidade”. Pensamos que esta seja a primeira condição para que ações de prevenção e cuidado possam ser efetivadas no âmbito da ESF. Nesse sentido, o modo de atuação da ESF opera um deslocamento em relação ao modo tradicional de funcionamento das UBS e de serviços especializados. No modelo das UBS tradicionais, predominava o caráter de pronto-atendimento. A chamada “demanda espontânea” é que guiava a lógica de organização das unidades. Por outro lado, a ESF propõe o planejamento de ações, a partir dos resultados do processo de territorialização, que envolvem um processo de reconhecimentos dos problemas mais prevalentes de saúde na área adscrita, assim como o planejamento de ações – e não só a atenção as chamadas “demandas espontâneas”. Nesse sentido, pensamos que o território compreendido como “território-zona”, com limites/demarcações que implicam na responsabilização da equipe, com movimentos de mapeamento e esquadramento, constitui uma ferramenta para aumentar o grau de reconhecimento dessa população – ou melhor, o reconhecimento dessas vidas como vivas. Butler (2006, 2010, 2011) propõe uma leitura onde desconstrói a obviedade da vida enquanto viver biológico. A autora chegou a essa consideração analisando os discursos de guerra após o 11 de setembro de 2001, nos EUA, a partir do qual passou-se a construir uma lógica que justificava a

possibilidade de ataque dos EUA a outros países, assim como uma ‘caçada aos terroristas’. Nesse processo, percebe que a vida de uns passa a ser qualificada como “valendo mais” que a vida de outros. Posteriormente, a autora expande suas análises, permitindo pensar os processos sociais através dos quais se constituem relações onde as vidas são hierarquizadas e valoradas de modo diferenciado. No extremo, existem as chamadas vidas precárias, que podem até mesmo não serem apreendidas como vivas – portanto, a morte a elas relacionadas pode sequer ser chorada, sequer virar notícia, sequer ser vista. São mortes sem face.

Segundo Butler, uma vida não pode ser apreendida como danificada ou perdida se antes não for apreendida como viva. “Se certas vidas não se qualificam como vivas – não são concebidas como vidas dentro de certos marcos epistemológicos - tais vidas nunca se considerarão perdidas no sentido pleno da palavra” (2010, p. 13). A hierarquização a qual se refere pode ser pensada como um continuum de vidas, as quais organizam experiências visuais e ontologias específicas de sujeitos. Pensamos que essa experiência visual pode corresponder à descrição do percurso pela área adscrita realizada anteriormente, na qual percebemos um continuum ou hierarquização de espaços, que expressam também um continuum no qual as vidas são também hierarquizadas. A vulnerabilidade, neste contexto, está associada à precariedade da vida, não só em sua condição material, sanitária, mas no reconhecimento de sua existência e da possibilidade de ser perdida. A impossibilidade de apreensão da vida como viva, sua desqualificação ou atribuição de uma menor importância, em decorrência de alguma característica (como a pobreza), a inserem em uma relação de vulnerabilidade. Butler (2010) insere ainda uma interrogação extremamente pertinente, relacionada às condições em que resulta possível ou impossível a apreensão de uma vida ou conjunto de vidas como precárias ou passíveis de serem perdidas. Como já afirmamos anteriormente, pensamos que as políticas públicas que atuam com o princípio de territorialização, entre as quais a ESF, auxiliam a ampliar o campo de reconhecibilidade – ou seja, os aspectos históricos e sociais que proporcionam condições para o ato do reconhecimento. Nós fazemos essa consideração apostando na reconhecibilidade como condição para o ato do reconhecimento destas vidas, o que possibilita o estabelecimento de estratégias de cuidado em relação a determinadas pessoas e/ou populações, como aqueles que vivem “nos becos”. Apesar dessa ser a nossa aposta, Butler (2010) indica que a reconhecibilidade/reconhecimento das vidas precárias também pode levar o ser humano a desejar explorá-las ou aniquilá-las e destruí-las, conformando uma

ambivalência que justifica a análise constante destas situações, dos riscos aos quais estas vidas podem ser expostas.

A partir das considerações realizadas, conseguimos estabelecer pelo menos 3 relações com o território e seus habitantes. A primeira delas é a de não reconhecimento, que invisibiliza, constituindo determinados lugares – e, por consequência, as pessoas que nele habitam - como “espaços vazios”, lugares não vistos. A consequência pode ser a omissão, a ausência de políticas públicas ou da atuação de equipes de saúde, aumentando a chamada “vulnerabilidade programática” já apontada anteriormente. Por outro lado, podemos também apontar outras duas formas de relação, as quais têm origem na ampliação das condições de reconhecibilidade e do ato de reconhecimento: em uma das vias, podem levar tanto a produção de relações de cuidado; por outro, podem levar a relações de exploração ou destruição.

Analisaremos, a seguir, como os usuários percebem a relação de proximidade física e acesso à unidade de saúde da família para a realização do teste para HIV, mesclando também com algumas considerações dos demais participantes da pesquisa.

3.2.1. Território Intensivo: o Reconhecimento da Unidade como Locus de Atenção

Nossa pesquisa tomou inicialmente como cenários que auxiliaram a constituir a problemática investigada o caso de PVHA que frequentam o serviço especializado e não necessariamente gostariam de frequentar serviços de Atenção Básica, evidenciando uma tensão na constituição da política pública em relação ao modo de vida da população. Por outro lado, ao propor a abordagem de usuários que acessaram a unidade de saúde para a realização do aconselhamento/teste para HIV, estamos acessando outra dimensão ou face desta questão, reconhecendo que há usuários para os quais o acesso a unidade de saúde constitui-se como uma possibilidade e/ou escolha. Nesse sentido, torna-se importante compreender quais aspectos possibilitam que as pessoas constituam uma territorialidade na relação com a unidade local de saúde. Nesta relação, a unidade de saúde não apenas está disponível – aspecto extensivo - quanto é reconhecida como significativa e passível de ser acessada, ocupada e apropriada – aspecto intensivo. Ressalta-se o sentido do território enquanto ato: “o território, assim, não é apenas coisa, conjunto de objetos, mas, sobretudo, ação, ritmo, movimento que se repete” (HAESBAERT, 2009, p. 281).

Para esta compreensão, três questões realizadas nas entrevistas com os 19 usuários que realizaram o aconselhamento e teste na ESF mostraram-se importantes: a primeira se refere ao modo pelo qual os usuários souberam que o teste era realizado na unidade de saúde; a segunda diz respeito ao motivo que os levaram a fazer o teste; e a terceira pergunta se relacionada com a percepção sobre a ação do aconselhamento/teste.

Ao serem perguntados sobre como souberam da realização do teste na unidade, parte dos entrevistados mencionou que foi através da indicação de um profissional da unidade. Quase todos esses casos referiam-se a gestantes, encaminhadas durante o pré-natal (9 casos). Entre os demais participantes, a principal forma de conhecimento da realização do teste foi através do “boca-a-boca”, em conversas com amigos(as), esposa, filhas e netas, primas. Três participantes mencionaram que foi através de cartazes presentes na unidade e 2 participantes mencionaram também a campanha realizada no dia 1º de dezembro, dia mundial de luta contra a Aids.

Eu vi ali naqueles cartazes, daí me interessei e eu quis vir fazer. (Us. 4).

[as filhas e netas] Falaram que tinha, daí eu fiquei assim “O que?! Tem?!”, “Tem, agora é ali mãe, é rápido, vai lá, faz, conversa e volta”, digo “ai, que bom né”. (Us. 12).

As minhas primas já fizeram, ai uma fala para a outra, né. Já é a segunda vez que vou fazer. (Us. 17).

O encaminhamento realizado por profissionais da unidade parece estar mais atrelado à gestação do que às outras situações, o que demonstra que a indicação do teste está bastante atrelada a saúde reprodutiva, conforme indicação da própria diretriz política (BRASIL, 2012). Na população em geral, são as estratégias indiretas de divulgação que parecem predominar, como a afixação de cartazes, a circulação informal da informação na comunidade e assim por diante.

Em relação ao motivo para a realização do teste:

- 9 (nove) mulheres indicam ter realizado o teste em função do encaminhamento realizado no pré-natal.
- 7 (sete) usuários identificaram práticas de risco relacionadas à relação sexual sem preservativo.
- 1 (um) usuário relatou motivos médicos (anemia) que levaram a fazer o exame.

- 1 (um) usuário relatou que foi indicação médica, pois a esposa está grávida. Também identificou uma prática de risco – ter usado o “prestobarba” do sobrinho, que é “suspeito” de ter HIV.
- 1 (um) dos usuários soube que o ex-companheiro está hospitalizado com Aids.

Os excertos abaixo evidenciam o que os usuários identificam como “práticas de risco” que os levaram a buscar a realização do diagnóstico:

Eu sou feio, né cara, mas eu falo bastante com as guria, ai fica mais fácil levar um monte de mulher para a cama, né. E esses dias tive uma palestra de uma doutora no serviço sobre a Aids e fiquei meio pensativo: “bah, o que eu to fazendo transando sem camisinha?”. Ai eu vim aqui fazer o [teste] rápido, né. (Us. 9).

Esse surto que ta dando. Que não sei se eu que to vendo isso, mas é um surto muito grande, de pessoas assim. Eu já sabia que tinha, sabia por terceiros, né. Que daí também uma turma que se revelou ai (...). E eu também me arrisco muito, sou muito sincera em dizer isso: eu me arrisco. (Us. 1).

Meu ex-marido, não era fácil né, andava com qualquer uma, então eu podia estar sendo contaminada, e com medo de ir fazer, só ia ficar sabendo quando ficasse doente ou alguma coisa. (Us. 12).

Por causa que eu não usei camisinha, daí eu contei pra minha noiva, ai minha noiva disse ‘ó, então tu faz, senão não caso contigo’. (Us. 15).

Apesar do público-alvo prioritário da ação ser constituído pelas gestantes, observa-se adesão de outros segmentos populacionais ao teste, aspecto também destacado pela equipe, pelo matriciamento e pela gestão.

Em relação ao aconselhamento/realização do teste na unidade de ESF, a maioria dos entrevistados (18) ressaltou aspectos considerados positivos, tais como: o acesso à informação (mencionado em cerca de 10 entrevistas) / “conversa” (3 pessoas), o conforto/apoio emocional (2 entrevista), o resultado sair na hora (5 pessoas), por ser no posto e não precisar deslocamento (2 pessoas).

A proximidade da unidade em relação às residências é um fator que facilita o acesso para a realização do teste para HIV, sendo destacado como positivo o fato de não ser necessário a utilização de transporte público, como mencionado por alguns usuários:

Em relação ao vim pro posto, eu acho isso assim muito bom. (...) Te juro, se não tivesse aqui, eu acho que não ia fazer tão cedo, acho que só se tivesse outra gravidez, ai sim, daí tem que fazer, né. Porque é uma baita comodidade vir no posto aqui. (Us. 1).

Porque a verdade é que a gente não sai daqui para fazer nada, só se for uma coisa muito necessária. Ir por ir ali para fazer o teste, como teve no 1º de dezembro, tu não sai. Ai tendo no posto de saúde tu sabe que é pertinho de casa, tu vem e tu faz. (Us. 5).

Ah, eu achei bem melhor, porque antes não tinha. (...) E agora não, agora tem aqui pertinho. Não precisa pegar ônibus nem nada. Eu achei bem bom. (Us. 6).

A proximidade também foi um fato muito evidenciado pela gestão

E os caras propiciaram o teste rápido para uma população que não tem passagem de ônibus, né, que vive numa extrema pobreza e que precisam de uma passagem de ônibus para vir num CTA, num horário de trabalho, com uma população que já dorme até tarde, que tem outros fatores que contribuem, tem o uso de drogas, toda aquela questão... cheguem no CTA. (Gestor).

Em relação ao acesso à informação, foi comum relatos como o apresentado a seguir:

Essa conversa em grupo é bom, né. Porque às vezes a gente pensa que sabe de muita coisa e não sabe. A gente pensa que HIV e Aids, o que é ou que não é, se tem a ver ou não, tem gente que acha que é a mesma coisa e a gente aprende que não é. (Us. 5).

Muitos usuários referiram já ter informações sobre HIV-Aids, mas mesmo assim considerarem importante a prática do aconselhamento. O componente informativo/educativo presente no aconselhamento tem importante impacto sobre a redução do estigma, pois os mitos e fantasias relacionadas às formas de infecção pelo HIV constituem-se como importante componente dos processos de estigmatização. O acesso a informações corretas constitui-se como uma potente estratégia de desconstrução de estigmas, evitando comportamentos discriminatórios³⁹.

A rapidez na devolução do resultado do teste também foi destacado como positivo, principalmente pelos participantes que já haviam realizado o teste anteriormente e puderam “comparar”:

Eu gostei, porque lá eu tive que esperar um mês para pegar o teste do HIV (...) Eu acho que facilitou, tu já sabe na hora. (...) olha, para mim eu achei diferente, eu to gostando... lá não tinha isso. (Us. 2).

A diferença é que é rápido, é prático, tu só vai ali e fura o dedo. É rapidinho (...) muita gente não sabe a diferença e ela falou a diferença. (Us. 3).

³⁹ Ressaltamos o caráter informativo do aconselhamento em decorrência da relação que estabelece com a desconstrução do estigma. Em outros estudos certamente seria interessante a avaliação das dimensões abordadas no aconselhamento realizado pelas equipes de ESF e os modelos tecnológicos que operam as relações de prevenção.

Alguns estudos apontam que a demora na entrega do resultado pode contribuir para a desistência da busca pelo resultado (BRASIL, 2008a).

Foi apontada também uma percepção de que o modo como a ação é desenvolvida possibilita que qualquer pessoa possa ir até a unidade de saúde e ter acesso a ela, denotando uma espécie de “democratização”, pois ‘qualquer um pode fazer’.

Uma coisa que a minha família que passou pra mim, quer dizer que qualquer outro da comunidade pode ir passando para pessoas que não sabem né, mesmo pessoas da comunidade que não passou pra mim, e nem aqui no posto passou que tinha aqui. Quer dizer que eu não sabia, também não perguntei, deve ter cartaz né, mas de alguma forma eu fiquei sabendo, através da filha, porque alguém passou pra ela e então ela veio daí fazer, as filhas, as netas né”. (Us. 12).

Aqui eu tenho mais acesso, as pessoas podem vir aí, eu posso indicar para as pessoas, ‘ah, vai lá, faz que é importante, te cuida’, entendeu? (Us. 15).

Esses relatos dos usuários condizem com a perspectiva que a gestão pretende desenvolver, ou seja, que a divulgação do teste possa se espalhar no ‘boca a boca’ da população, tornando mais familiar e cotidiano a própria realização do teste.

Neste sentido, evidencia-se a consonância entre as formas de divulgação da ação, a percepção de um motivo para a realização do teste e a avaliação de que o modo como a ação é realizada vem ao encontro das expectativas dos usuários – seja pelo acesso à informação, pelo apoio emocional, entre outros aspectos. Essa consonância constitui-se como resultado da oferta de uma ação pela unidade de saúde, seguida do seu reconhecimento pelo usuário, no qual é possível fazer uma experiência na relação com este espaço, territorializar-se. O território, em sentido extensivo e enquanto território-zona, delimita uma visibilidade em relação a prevenção e diagnóstico em HIV-Aids, constituindo uma das condições para a efetivação de relação intensiva de produção de saúde.

Os dados apresentados até este momento indicam que a proximidade física da unidade de saúde amplia e facilita o acesso às ações de diagnóstico para HIV e outras DST. Pode-se apontar que a presença dessas ações reduzem a vulnerabilidade em seu nível programático ou institucional, pois proporciona acesso a pessoas que, na ausência desta possibilidade, poderiam não acessar um serviço especializado para a realização do teste. Por outro lado, encontramos também aspectos dissonantes na relação entre oferta da ação diagnóstica pela unidade de saúde e a população, os quais serão abordados a seguir.

3.2.2. A Dimensão Paradoxal do Território na Relação com os Processos de Estigmatização da Aids

Apesar da ampliação do acesso, isso não significa que algumas tensões não surjam em alguns momentos relacionados ao processo de realização do aconselhamento e teste para HIV. Uma das participantes relatou ter se sentido constrangida e envergonhada no momento em que ocorreu a “chamada” dos usuários na sala de espera da unidade para a realização do teste-rápido:

Ah, para mim foi muito difícil, já não achei legal... (...) chamar “quem vai fazer o teste rápido?”. Puxa vida! Eu achei que ia poder chegar no balcão e mostrar que eu ia fazer o teste rápido, né. E ele(a) fez uma divulgação, que a minha filha disse assim “vai mãe, é tu” e eu disse “não”. Bah, tinha um monte de gente conhecida ali, fiquei bem constrangida. (...) “[me senti] envergonhaaaaaada de fazer o teste... não porque eu to aqui, mas assim pelo modo que [o/a profissional] abordou “quem vai fazer o teste rápido?”. Que eu pensei que chegava ali no balcão e nos encaminhava. Ah, eu fiquei muito constrangida e minha filha “ah, que vergonha”. Daí ela disse “mostra o papel”, daí tive que mostrar. (...) ah eu assim, não é preconceito de ninguém, que eu vejo, mas poderia ser... chamar no balcão. Tu já está agendada, então só marcar tua presença, fulana veio e não precisar dizer. (Us. 16).

A continuação do relato da usuária demonstra que a realização do teste em si pode ser permeada pelo estigma, pois designa a possibilidade de estar com HIV, colocando a pessoa (morador da área adscrita) em dúvida perante a comunidade

Porque vai que eu não to [com HIV]? Mas eu já fiz o teste, que o pessoal que estava ali, tinha bastante gente conhecida, que eu moro aqui, nasci e me criei no morro. Então vai... **eu não vou sair com uma placa na cabeça dizendo “eu não sou reigente”** (risos). **Para provar para aquelas pessoas ali, que vai se espalhar o boato, “ah, filha do fulano ta lá no postinho fazendo teste de HIV, com medo que tenha contraído”,** ai eu acho que abordagem seria mais...”. (...) As mulheres grávidas é mais fácil, estão grávidas, elas tem que fazer. (Us. 16). (grifos nossos)

Este relato enuncia o discurso moral, relacionado ao “o que irão pensar de mim”, que evidencia a ideia de que o HIV estaria associado a algo imoral, errado ou a algum desvio que desvaloriza algumas pessoas perante outras, atualizando o dispositivo da sexualidade. Durante a observação realizada neste dia, acompanhei o momento em que a chamada para o teste rápido foi realizada na sala de espera. Após o profissional fazer o anúncio de que os usuários que iriam fazer

o teste rápido poderiam entrar, poucos levantaram. Houve então a chamada nominal dos usuários que estavam agendados e alguns levantaram, dirigindo-se a sala de grupos. É importante esclarecer que a usuária referiu constrangimento no momento da sala de espera e não em relação ao momento posterior, na sala de grupos. Segundo ela, na sala de grupos pressupõe-se que todos estão ali pelo mesmo motivo, designando uma espécie de “pacto” onde um não poderia vir a falar ou julgar o outro - diferente do que se observa na relação na sala de espera, onde tem usuários para várias ações diferentes.

Uma das usuárias ponderou o fato de que muitas pessoas que realizam o teste se conhecem, por serem da mesma comunidade, o que pode gerar constrangimento, principalmente entre aqueles que não fazem o teste em decorrência da gestação.

Aquela que fez a entrevista ali era minha cunhada, está grávida também. A [outra fulana] também, está grávida, conheço ela. Essa moça (outra) já vi de vista, mas não está grávida. Entendeu? (...) Todo mundo meio que se conhece! Porque tu mora numa comunidade. Eu vou na igreja ali na esquina. Tem mais uns 3 ou 4 que vão. Mas eu, no caso, eu to grávida. E os outros não estão. De repente, até, na hora a pessoa “ah, e agora, faço ou não faço?”. (...) Eu achei assim: vou chegar lá, vou dar meu nome e vão me chamar para o teste. Mas não, que daí fica uma coisa meio assim, para quem vem e não está gestante, vai ficar pensando “puxa vida, e daí?”. Tanto que agora que saiu o resultado dependente. Ninguém vai sair gritando algo, “teu teste da positivo, teu teste da negativo”, mas quem já passou pela pessoa, eu não vou perguntar “ah, teu teste, o que deu?”, não vou perguntar, mas a gente já vai ficar meio assim “bah, coitada, será que deu ou não deu?” (Us. 19).

Além da tensão gerada pela familiaridade em decorrência da rede de sociabilidade criada no território, também aparece uma tensão entre ser gestante ou não ser gestante, semelhante ao que já apareceu nos relatos de profissionais em outros momentos desta tese. A compreensão de que para a mulher gestante é mais fácil fazer o teste está presente neste contexto, justificado pelo fato do teste ser supostamente “obrigatório” para as gestantes, enquanto para as mulheres não gestantes ou homens ressalta-se a ideia de risco ou de que pode ter feito “algo errado”. É como se a demanda do teste, para a gestante, fosse algo externo a ela (a unidade solicita), enquanto para as demais pessoas a realização do teste implicaria em assumir que cometeu um “erro”, algo passível de ser reprovado. Apesar de exatamente a mesma situação derivar na demanda da realização do teste – ou seja, o fato de ter ocorrido uma relação sexual sem preservativo – a mulher gestante passa a ser objetivada como mãe, dessexualizada, enquanto a mulher não gestante ou o homem são objetivados

como pessoas que correram algum “risco”, julgados dentro de uma normativa sexual. Em relação a isso, a usuária completa:

Porque pensa assim: eu to grávida, mas e outros que não estão, e o cara que não está, que é homem, aí vão pensar: “ah, o fulano foi lá no posto fazer teste de HIV, será que está com Aids?”. É que nem aquele ditado: se cada macaco cuidasse do seu galho... mas as pessoas não são assim (Us. 19).

Ela menciona ainda que o marido:

Falou para mim: “ah, pode fazer o pré-natal em outro lugar, eu pago para ti, mas não faz lá”. Para ninguém estar vendo. (...) Porque mesmo que o resultado seja negativo, a pessoa não quer se expor. “Ah, o fulano foi fazer teste de HIV, está achando que está com aids”. (Us. 19).

Estes casos põe em evidência a articulação entre HIV-Aids, território e sexualidade. O território demonstra-se paradoxal, pois a proximidade que facilita o acesso também torna a ação propícia à observação de pessoas conhecidas, de onde pode ocorrer julgamento ou expectativa de julgamento moral.

Ao expor essas situações na restituição dos dados, junto à equipe, esta demonstrou a percepção de que a aceitação de grande parte dos entrevistados demonstra a realização de um bom trabalho da equipe. Ao mesmo tempo, essas situações que geram constrangimento produziram discussões sobre a possibilidade de mudanças no processo de trabalho, como a possibilidade de que, ao invés de anunciar o teste rápido na sala de espera, que os usuários fossem chamados um a um na recepção e aí sim encaminhados para a sala de grupos, conforme a sugestão de uma das usuárias: “podia ser uma coisa mais reservada, assim. Para ficar mais legal, porque já ficou legal fazer o teste no posto, sai o resultado na hora. Mas podia ser mais reservado. Acho que na hora que for ali pode chamar como se fosse uma consulta” (Us. 19).

Outro tensionamento envolveu as relações de gênero, sexualidade e a abordagem grupal do tema HIV-Aids, conforme o relato abaixo:

Gostei muito. Só não gostei muito de uma coisa: tinha que separa os sexos. Não me senti muito à vontade. Disfarcei. Quando eu fico... eu tenho dois sentidos. Quando eu tenho muita tensão, eu saio ou eu disfarço: eu começo a brincar com as pessoas, a rir... como eu fiz. (Us. 9).

Essa fala provém de um rapaz de 18 anos que relatou, durante o aconselhamento coletivo, que iria fazer o teste porque havia sido solicitado em seu emprego. Diante dessa informação, o

profissional que realizava o aconselhamento informou que o teste é voluntário, e que uma empresa não poderia obrigar o funcionário a fazer o teste. O rapaz continuou afirmando que a empresa havia solicitado, e que por isso estava ali. Diante da situação de impasse colocado no aconselhamento coletivo, a aconselhadora sinalizou que depois conversariam melhor sobre o assunto, no momento individual. Posteriormente, durante a entrevista para a pesquisa, o rapaz informou:

E para ti ver que eu menti para o pessoal ali que era o serviço que pediu. Não foi o serviço nada. Foi eu que quis. Eu to com dúvida. Mas eu não quis falar na frente de um monte de mulherada ai. Entendeu? (Us. 9).

Nesse sentido, alguns usuários, diante do grupo sentem-se compelidos a justificar o porquê de estarem fazendo o teste, de modo a demonstrar que não fizeram nada supostamente errado, reduzindo a possibilidade de serem julgados pelos demais participantes.

As falas desses usuários são também representativas de outros usuários, como é evidenciado pela percepção de técnicos de enfermagem e ACS. Estes possuem uma perspectiva de observação interessante, pois acompanham o movimento dos usuários na recepção, no momento de agendamento, na sala de espera e assim por diante. No grupo focal com as técnicas de enfermagem foi referido que é comum os usuários terem receio do grupo de aconselhamento, por temerem que seus problemas sejam expostos perante os outros participantes.

Quando eles vão todos para a sala de grupo, quantas vezes eu já vi: “não! Tem um monte de gente lá que vão ver o meu problema!” Eles não têm o discernimento de saber que vão passar individualmente na sala com o pessoal que vai realizar o teste! (Tec. Enf.).

Isso eles perguntam também, “mas é com todo mundo” (...) Mas a gente orienta, que depois vai ficar só o paciente na sala com o profissional fazendo. (ACS).

Elas também citam o exemplo de pessoas que já foram embora ao saber do grupo, por acreditarem que teriam que se expor, perdendo a privacidade.

Nos últimos testes rápidos, eu vi umas 4 pessoas indo embora: “eu não vou voltar, porque eu não quero que ninguém saiba”, “se eu vir no meu canto e te pedir bem baixinho, porque eu não quero ir pro grupo!” E ela realmente não ficou, ela foi embora! (Téc. Enf.).

Em consonância com estes relatos, os ACS também mencionaram perceber circunstâncias nas quais alguns usuários sentem-se constrangidos no momento em que é anunciada, na recepção, a realização do “teste rápido”.

A única coisa negativa é isso, eles ficam constrangidos quando a gente fala que é para o teste, a gente nem precisa falar que é o teste rápido para o HIV (...) Porque já foi falado em sala de espera que tem teste rápido, então eles já sabem, mesmo que a gente fale “ah, quem veio para o grupo, para o teste”, eles já sabem que é o teste de HIV. E como é comunidade, né, todos se conhecem. (...) Tem muitos que preferem que nem fale ou então, quando fala que é teste rápido, não vem junto com os outros. Espera passar, depois que todo mundo saiu, daí ele vem ali e diz “ah, eu também sou para o teste”. Então tem um pouquinho de constrangimento. Não de todos, né, mas de alguns. (ACS).

Ou, ainda, no momento de agendamento do teste, despertando estratégias de encobrimento semelhantes aquelas utilizadas por PVHA.

Que muitas vezes nem vem, por estar com vergonha de chegar na recepção, e a gente agenda, leva para ele. (ACS).

Apesar de existir um ato comum a todos que buscam o teste – ou seja, a relação sexual sem preservativo – pode ocorrer uma hierarquização das pessoas e qualificação posterior do ato sexual através de determinados marcadores que as posicionam como prudentes ou imprudentes, como em risco ou sem risco. As mulheres gestantes ocupam uma posição privilegiada nesta hierarquia: aparentemente é a gestação que parece justificar a realização do teste, e não o fato de ter ocorrido uma relação sexual sem preservativo. Os demais – homens e mulheres não gestantes - aparecem numa posição inferior, passíveis de serem julgados, colocados em dúvidas sob um aspecto moral. Evidencia-se, assim, a função da sexualidade como dispositivo, hierarquizando sujeitos, condutas e comportamentos. Ao mesmo tempo, evidencia-se o componente da sexualidade na dimensão dos processos de estigmatização.

Se o tópico anterior demonstrou a existência de situações que indicam a ampliação do acesso, este tópico indica que esta ampliação não ocorre sem tensões e nem serve a todas as pessoas, ressaltando o caráter paradoxal do território. A mesma proximidade que facilita o acesso pode também produzir receios pela identificação de amigos, vizinhos. O território é tensionado pelos processos de estigmatização, apoiados sobre o dispositivo da sexualidade.

Deleuze (1974) afirma que o paradoxo remete a um não senso, mas que não equivale a uma ausência de sentido. Pelo contrário, trata-se de um excesso de sentido, em decorrência da possibilidade de que um ‘e’ outro existam, como um par que oscila, colocando ênfase ora em um ora em outro dos efeitos. O paradoxo se constitui de modo distinto do “bom senso”. O bom-senso, segundo Deleuze (1974), efetua uma distribuição fixa ou sedentária: “ele é o senso-único, exprime

a existência de uma ordem de acordo com a qual é preciso escolher uma direção e se fixar a ela” (p. 78). Corresponde ao modo pelo qual o território é muitas vezes inserido no contexto das políticas públicas, afirmando um único sentido. Por outro lado Deleuze afirma que a

potência do paradoxo não consiste absolutamente em seguir a outra direção, mas em mostrar que o sentido toma sempre os dois sentidos ao mesmo tempo, as duas direções ao mesmo tempo. (...). O paradoxo como paixão descobre que não podemos separar duas direções, que não podemos instaurar um senso-único (1974, p. 79).

Pensamos que o paradoxo nos auxilia a compreender que o acesso do usuário à atenção básica não necessariamente exclui a estigmatização, senão posiciona o usuário em relações de tensionamento perante o elemento que facilita (a proximidade) e o elemento que constrange (a familiaridade, a vizinhança). O paradoxo abre, assim, a perspectiva da complexidade, distinguindo-se da simplificação ou redução diante de um fenômeno.

3.2.3. A (Im)Possibilidade da ESF como Território de Cuidado às PVHA

Assim como abordamos a existência de uma modulação entre a oferta da ESF e a demanda de usuários em relação ao teste/aconselhamento; e também um tensionamento ocorrido nesta relação pelo fato de a expectativa do usuário nem sempre corresponder ao que a unidade oferta em relação à realização do teste/aconselhamento, apresentamos uma terceira situação, que também remete a uma dissonância entre a demanda do usuário e a oferta da unidade. Estamos nos referindo às PVHA que são diagnosticadas na ESF mas que não podem realizar ali o seu acompanhamento. Segundo a proposta de descentralização, as PVHA assintomáticas seriam atendidas na unidade de ESF. Os demais casos, encaminhados ao serviço especializado, apesar de a ESF continuar como referência para outros problemas de saúde. No caso da PVHA 1 foi recomendado o uso de medicação ARV logo após as primeiras consultas e realização de exames. A PVHA 2, apesar de não fazer uso de ARV ainda, apresenta um quadro onde algumas doenças se manifestaram, demandando uma maior complexidade relacionada ao serviço especializado.

Sobre a possibilidade de realização do acompanhamento na unidade de saúde, ambas relataram serem favoráveis a ele.

Faria, claro, até mais perto do que vir até aqui no Partenon. Tudo que é melhor o que tu não pegue ônibus, que não seja longe da tua casa, melhor, né. (PVHA 1)

Eu perguntei para ela como teria que fazer e se não tinha como ser acompanhada pelo posto, porque para mim seria melhor, né. E até tinha que fazer outros exames. Daí eu perguntei “não tem como fazer aqui” e ela “não, tu vai ter que descer para o Sanatório” (PVHA 2)

Além das dificuldades de locomoção em decorrência do transtorno do pânico, a PVHA 2 também alega considerar a unidade de saúde mais “discreta” do que o serviço especializado, pois conhece muitas pessoas que também frequentam o serviço especializado.

Em relação ao momento do diagnóstico propriamente dito e ao atendimento realizado na unidade, foi relatado que:

Foi muito bem. De uma hora para outra encheu aquela sala! Encheu aquela sala! O atendimento foi muito bom, a [enfermeira] foi muito atenciosa comigo. Ela imediatamente deu um jeito de ajeitar os papéis, ligou para o sanatório para eu fazer os exames, na mesma hora se prontificou. (...) Na hora que recebi a notícia, assim, a [enfermeira] acho que só faltou chorar junto comigo. [risos]. (PVHA 1)

Apesar disso, no decorrer da entrevista lembrou-se de uma situação que gerou incômodo, em decorrência de perceber que seu diagnóstico havia se tornado visível para outros profissionais da unidade de saúde que não haviam se relacionado diretamente com seu atendimento, despertando também a sensação de que outros usuários da unidade de saúde pudessem ter tomado conhecimento de seu diagnóstico:

A única coisa que agora me lembrei que eu não gostei na [unidade de ESF], que elas estavam falando entre si e alto. Quando eu saí lá de dentro, todo mundo ficou me olhando. Eu não sabia onde meter minha cara. Que as outras enfermeiras estavam falando alto “Fulana de tal, deu positivo para o teste rápido”, e eu fiquei parada assim! (...) Tinha – eu nunca vou me esquecer – tinha uma senhora morena, parada, ela me viu e disse assim: “tadinha!”. E eu entrei na sala para tomar as vacinas. E eu balancei a cabeça e disse assim: me fazem assinar um termo de sigilo e eu saio pela porta e to vendo esse... (PVHA 1).

Nesse sentido, apesar das condições da unidade de saúde serem importantes para preservar ou não a relação de visibilidade/invisibilidade, a usuária identifica ainda aspectos não verbais, como a demora para sair da sala ou sair da sala demonstrando um estado emocional alterado que também poderiam tornar visível o que ela vivia perante os frequentadores da unidade. O dia em que essa usuária acessou a unidade foi lembrado por profissionais da equipe de ESF, que relataram que a situação foi bastante ‘conturbada’, não só pelo modo como ela sentiu o impacto do

diagnóstico quanto pela reação do parceiro que a acompanhava e demonstrou-se irritado e agressivo em relação a ela e a equipe, “tumultuando” a unidade.

Em relação a unidade de saúde, também é importante perceber que o diagnóstico de HIV desencadeia todo um fluxo, que exige registro em prontuário, realização de ligações telefônicas para marcação de exames e/ou consultas, entre outros procedimentos, sendo importante que o sigilo seja mantido ao longo deste fluxo. Por exemplo, que o telefone usado para a marcação de exames esteja em um local privativo, evitando que profissionais não envolvidos no cuidado direto ou que outros usuários tenham acesso às informações.

Dentro da perspectiva das estratégias de encobrimento do diagnóstico, uma das PVHA solicitou que não fossem presencialmente na sua casa, mas sim, telefonassem, caso fosse necessário. Isso porque acreditava que a presença de profissionais de saúde em sua residência poderia levantar a interrogação de seus vizinhos em torno do que estaria ocorrendo naquela residência, conforme relatado:

Quando elas me perguntaram como que elas poderiam se comunicar comigo, eu pedi que fosse por telefone. Que evitassem de ir na minha casa, porque as pessoas iam ficar se perguntando: por que tantas pessoas da saúde estão indo na casa da [Fulana]. (...) É muito... vou falar bem o vocabulário, é muita gente fofoqueira e catadeira. (...) Ai eu disse para a enfermeira, eu botei um termo que quando eu fiz o teste rápido eles te dão um termo para assinar, do mesmo modo que tu me deu agora, e ali mostra como que eles podem se comunicar. Eu pedi que fosse só por telefone mesmo. (PVHA 1)

Ao ser perguntada sobre a relação com alguma ACS, uma das PVHA mencionou não ter contato com ACS. Em relação à PVHA 2, a cena a seguir evidencia o tensionamento entre a dinâmica do estigma e do território da ESF, assim como as estratégias através das quais esses tensionamentos são amenizados

Daí um dia ela [a ACS] foi lá em casa, porque eu tinha perdido uma consulta e ela perguntou: “como é que tu tá?” E eu disse: “tá bem, tudo tranquilo”, “Ah, tu perdeu a consulta”. E eu disse “ah, é verdade”, eu tinha perdido e não tinha lembrado. Eu disse “ah, desculpa, é que tem momentos, teve um mês e meio que me dá tipos uns brancos, qualquer coisa eu me esqueço. Não importa, até dinheiro eu esqueço, se eu não guardo no sutian eu esqueço. E daí disse para ela ‘eu acabei esquecendo’. E ela perguntou: “mas tu tá bem?” E eu disse “não... tá!”. Mas aquele “tá bem?” foi diferente. “Aquelas consultas, tu tá indo lá embaixo, no Sanatório?”. Daí eu fiquei: “ah, não”, já não gostei muito. Pensei: tá, mas como vão falar assim para ela, sem me perguntar, sem... Mas daí acabei até nem questionando, porque eu ia questionar isso daí com a [psicóloga]. Mas depois a gente foi conversando e sempre quando ela me vê ela vai conversando comigo,

né. Porque eu fiquei assim... “ta, e o dia que as minhas filhas, e o dia em que outra pessoa for comigo no posto, e eles chegar assim, e falar!?”, que pode acontecer, né!? E eu “meu deus do céu, como é que vai ser”. (PVHA 2).

Apesar dessa reação inicial de desconfiança e receio e apesar da decisão da revelação do diagnóstico para a ACS não ter passado pelo seu consentimento ou por uma pactuação explícita junto aos profissionais da equipe, posteriormente ela foi adquirindo confiança na ACS, através de um processo de racionalização: se ela é profissional, ela não irá contar. Apesar disso, evidencia-se que a circulação da revelação do diagnóstico dentro da equipe não está dada para o usuário. O profissional da saúde pode ser posicionado da mesma forma que outras pessoas de seu cotidiano, ocupando uma posição a qual se direciona tanto expectativas de confiança quanto desconfiança, conforme relatado:

Eu fiquei preocupada porque ela mora aqui perto, eu conheço ela. Ela mora na parada de ônibus. [eu já conhecia ela] de vista sim, então isso me preocupou um pouco, né. (PVHA 2)

Este trecho torna evidente uma tensão referente à relação entre território e estigma, pois o que diferencia o ACS dos demais profissionais da equipe é o fato de residir e trabalhar no mesmo território, posicionando-os também como “vizinhos”. Ao mesmo tempo, observamos estratégias de neutralização da tensão despertada:

Ah, como que vai confiar depois... mas também ela não é louca, né! Porque isso ai ia atrapalhar bastante na profissão dela, se viesse a dar algum problema, alguma coisa, isso ai para ela ia ser bem chato. Ah, mas agora a gente conversa, fica até um tempão conversando. Está tranquilo assim. Vi que ela, assim, pelo menos aparentemente eu consegui confiar, sabe. (PVHA 2)

Ao mesmo tempo, o que a levou a confiar foi a posição profissional ocupada e as consequências que a revelação poderia ocasionar do ponto de vista profissional. Compreendemos, assim, a dupla posição enunciativa na qual as ACS são situadas: ora como moradoras, ora como profissionais. Oliveira et al. (2004) apontam que os ACS ocupam uma dupla posição de enunciação, ora como homens/mulheres que vivem na comunidade, ora como profissionais da saúde. Pensamos que a duplicidade enunciativa que constitui a posição do ACS pode ser interpretada de forma paradoxal pelos usuários, colocando em dúvida a posição assumida pelos ACS a partir da revelação de um diagnóstico perpassado por estigmas. Ou seja, o conhecimento do diagnóstico pode ser interpretado como uma “informação em saúde”, inserido na dimensão das práticas de cuidado; ou, pode ser interpretada como uma “fofoca”, disseminando-se pela

comunidade (ZAMBENEDETTI, BOTH, 2013). Essa dupla posição enunciativa é constituinte do trabalho do ACS, devendo ser problematizada na relação com o usuário, com os próprios ACS e o restante da equipe. É também essa dupla posição enunciativa, considerada imanente à função ACS, que constitui um paradoxo, pois as duas posições coexistem. Estudos como o de Abdala e Nichiata (2008), que abordam a questão do compartilhamento do diagnóstico dentro das equipes de ESF, sugerem que o usuário seja informado sobre a lógica de funcionamento das equipes, sobre quem terá acesso ao seu diagnóstico e por quais motivos, buscando com isso assegurar um caráter ético, pautado em uma relação de confiança. A explicitação das informações e incorporação desse assunto na relação entre profissionais e pacientes tende a reduzir as fantasias do usuário.

3.3. ESPAÇOS, FLUXOS E ESTIGMAS

Vimos trabalhando, ao longo desta tese, com a afirmação de que o território na ESF constitui-se de modo paradoxal, em decorrência da relação com os processos de estigmatização da Aids, apoiados sobre o dispositivo da sexualidade. Entretanto, encontramos dados que nos possibilitam afirmar que o caráter paradoxal do território pode se estender a outros serviços, inclusive os serviços especializados.

Em relação ao serviço especializado, a PVHA 2 revela que a simples presença nele parece denunciar o diagnóstico

Porque la é especializado, aquilo lá é só para aquilo. Então não tem como a pessoa dizer “não, venho aqui para outra coisa”. E aqui no posto já é diferente, porque quantas pessoas consultam no posto, né! Já é bem mais... É, eu acharia bem mais legal. (PVHA 2)

Ela relata que a interação com outras pessoas no serviço especializado é perpassada por ‘olhares baixos’, aparentemente envergonhados e fugidios:

Daí vem toda aquela parte assim “conhecidos, toda vez que tu for consultar, tu vai ver conhecido”. Que isso, quando eu fui, me deixou meio desconfortável, sabe. (...). No Sanatório tem muita gente conhecida! Bah, bastante, gente que eu nem esperava assim. (...) Porque teve uma vizinha minha que quando me viu, fez de conta que não me conhecia. [risos]. Então foi, sabe, eu fiquei assim meio espantada, porque parecia que ela estava em outro lugar, parecia que eu estava num outro lugar, assim, muito diferente. Que é, foi muito estranho assim, ninguém olha no olho, ninguém conversa, eu fiquei impressionada. As próprias pessoas ficam com preconceito, foi isso que eu entendi assim na hora. (PVHA 2)

Devemos considerar que, no contexto analisado, existe uma alta prevalência de Aids como já indicado anteriormente (cerca de doze vezes maior do que a média da incidência registrada no Brasil), o que certamente aumenta as possibilidades do encontro entre pessoas conhecidas.

No grupo focal com as ACS também foi revelado a existência de usuários que não desejam realizar o tratamento no serviço especializado de referência em decorrência da ‘estigmatização do serviço’. Ou seja, a ligação entre o estigma em relação à Aids e o local designado para o tratamento de PVHA. Considera-se que a entrada ou presença em um serviço especializado, por si só, poderia vir a denunciar o diagnóstico e o motivo que leva o usuário àquele serviço.

E ele não quer fazer o tratamento no Sanatório, porque tem muitos conhecidos lá, e ele quer fazer lá na cruzeiro onde ela se trata também, porque lá não tem conhecidos. E daí a gente encaminhou até para ir ali no Santa Marta, se não queria ir no Sanatório, e ir falar com o pessoal se tinha como... É, é bom e não é. Porque, vamos supor. É centralizado para nós, no SAT, e daí quando tu vai, tem vários outros, que são da mesma região. Então chegou lá, já sabe: ou é tuberculose, ou sífilis ou alguma coisa assim. Então já sabe que é infectologista. (ACS).

Indica-se, assim, a estigmatização como uma forma de relação com o próprio serviço, evidenciando que o estigma da Aids não está apenas nas PVHA, mas também nos espaços a elas relacionados. Como alternativa, as ACS responderam com a possibilidade de que o usuário procurasse outro serviço de referência mais distante. Em uma das entrevistas realizadas (posição-matricial) foi apontado que o lado “bom” do serviço especializado é que atende “várias coisas”. No entanto, a fala das ACS é de que, mesmo atendendo mais de uma doença, todas elas são perpassadas pelo estigma, pois se trata de HIV-Aids, Tuberculose ou sífilis.

Porque fazendo o tratamento aqui [na unidade de saúde] não é tão... dizer que tem HIV, se a pessoa vem aqui, tem vários motivos para vir aqui, seria até mais fácil, né, do que ir no SAT. Que lá já sabe o que é. Entendeu? Entrou no portão, já sabe mais ou menos o que é... que nada é visto de maneira positiva, então, independente se é HIV, já se vê de uma forma negativa. (ACS).

Nesse sentido, aparece uma situação que é diversa daquela que considerávamos no início desta tese. O que nos motivou a realizar este estudo foram os usuários que tinham receio de realizar o acompanhamento na unidade de Saúde da Família, em um período anterior ao início do processo de descentralização. E, durante a pesquisa, chegamos ao relato de usuários que têm receios em relação ao serviço especializado, em função das características que ele concentra. Essas duas

situações não são excludentes, senão, sobrepõem-se uma em relação a outra como diferentes possibilidades de experiência na relação entre territórios e processo de estigmatização no contexto da epidemia de Aids. Portanto, o caráter paradoxal do território na ESF não se contrapõe a um caráter não paradoxal na atenção especializada. Ambos os territórios podem expressar elementos paradoxais.

Deleuze (1974) afirma que o sentido não reside em um elemento, sendo antes um efeito “não somente um efeito no sentido causal, mas um efeito no sentido de ‘efeito óptico’, ‘efeito sonoro’, ou melhor, de um ‘efeito de superfície’, efeito de posição, efeito de linguagem” (p. 73). Nesta perspectiva, o território não encerra um sentido nele mesmo, pois o sentido não se constitui como uma propriedade, senão um efeito, uma produção. Essa leitura insere a compreensão do caráter paradoxal do território não somente em relação à atenção básica, mas também com a atenção especializada.

Em relação às possibilidades de circulação e ocupação de diferentes serviços como territórios de atenção em HIV-Aids, uma das falas de uma ACS evidencia o atravessamento sócio-econômico, no qual as pessoas com baixas condições econômicas – e, portanto, de mobilidade – se beneficiaram da descentralização, enquanto outros usuários, com melhores condições econômicas – e, portanto, de mobilidade – podem preferir serviços distantes de sua residência:

- dificuldade de recurso, né. Isso ajudou muito, né, a questão da descentralização. Tem gente que não tem dinheiro para a passagem para ir até o Sanatório. Entendeu? Ai acabou pegando essas pessoas que não tem esse tipo de condições. Naturalmente que quem tem maiores condições, consegue.
- tem gente que tem (condições) e faz em outro lugar, na cruzeiro, em outro lugar, para os vizinhos não saberem.
- ah, tem isso?
- tem uma pessoa que ela ia consultar la na cruzeiro, no outro posto, fazia o tratamento direitinho, mas fazia la, e não aqui, para as pessoas não saberem. (ACS).

Nesse trecho fica evidente o corte de classe que atravessa o acesso aos serviços, reforçando a ideia de que pessoas que ocupam uma posição sócio-econômica superior tem maior preocupação em relação ao sigilo do diagnóstico – ou, pelo menos, tem condições, como cidadão de direitos, de demonstrar essa preocupação. Outra hipótese que deve ser levantada é sobre a diferença de percepção entre as PVHA diagnosticadas anteriormente ao processo de descentralização e aquelas diagnosticadas posteriormente ao início do processo. Acreditamos que para as últimas seja mais “natural” fazer o acompanhamento na unidade de saúde do que para as outras, que já estão

“habitadas” ao serviço especializado. Indica-se a necessidade de outros estudos que possam analisar especificamente esta hipótese.

Chama a atenção também os fatores que justificariam o serviço de Atenção Básica ser visto com menos receio: por ser a entrada do sistema de saúde, pode atender qualquer problema, sendo mais “discreto”, como se referiu uma usuária. A questão da distância/proximidade do serviço cede importância aqui à questão da especialidade/generalidade do serviço.

Além do local de tratamento, também foi identificado que determinados fluxos poderiam contribuir para a revelação do sigilo do diagnóstico. Como exemplo, foi citado que a destinação de um turno específico de agenda médica para acompanhamento das PVHA poderia contribuir para a identificação das PVHA que frequentam a unidade básica de saúde. Nesse sentido, surgiu a sugestão de que as consultas sejam realizadas de modo disperso, caso contrário, os usuários poderiam perceber a relação entre “usuários com consulta médica no turno X” e “diagnóstico de HIV-Aids”. Esse aspecto denota que a inserção das ações de acompanhamento de PVHA exigiria uma distinção em relação a outros programas que destinam turnos específicos para atendimento ou planejamento de ações.

O que se tornou evidente, neste tópico, é que os usuários constituem determinadas lógicas para julgar o serviço que consideram mais apropriado para a realização de seu acompanhamento em saúde, podendo essas lógicas se apresentarem consoantes ou dissonantes em relação aos pontos e fluxos determinados pelas políticas públicas. As posições dissonantes tensionam a relação entre as diretrizes de gestão, o trabalho das equipes e os modos de vida da população, levando-nos a explorar o que se produz como resposta a esses tensionamentos.

3.4. FLEXIBILIDADE E FIXIDEZ: CRIANDO INTERROGANTES SOBRE A RELAÇÃO ENTRE ESTIGMA E TERRITÓRIO

Em relação às respostas possíveis diante dos tensionamentos entre território e estigma, identificamos três discursos, os quais designaremos como de “flexibilidade”, de “fixação” e de “interrogação”.

O discurso de “flexibilidade” reúne enunciados que veiculam a possibilidade da realização da troca do serviço que estaria pré-estabelecido na política pública como referência para o acompanhamento em HIV-Aids, caso ocorra a solicitação do usuário. Essa troca de serviços pode

envolver a não realização do tratamento no serviço de saúde mais próximo da residência do usuário.

Um dos participantes justifica que

O problema não é a equipe manter o sigilo, o problema é a pessoa se sentir a vontade. Né? Porque a gente já tem tantos fatores para acabar com o envolvimento dele com o tratamento, tu botar mais um? Não vejo necessidade. (Matriciamento).

Os profissionais da equipe de ESF consideraram que, se houvesse essa demanda por parte de algum usuário, eles buscariam a mudança de área, em um arranjo que facilitasse o acompanhamento em HIV-Aids para o usuário. Ainda não haviam se deparado com essa situação, em função de praticamente todos os usuários diagnosticadas com HIV-Aids terem sido encaminhadas ao serviço de referência, em decorrência dos exames de CD4 e CV indicarem a necessidade de início do uso de antirretrovirais. Por outro lado, observamos que usuários não pertencentes à área adscrita da unidade de saúde realizaram a ação do teste/aconselhamento, não sendo negado acesso – o que já evidencia uma flexibilidade em relação ao acesso.

Essa posição é consonante com a do matriciamento, onde foi relatado que este pedido já ocorreu, sendo mais comum na relação entre municípios do interior e capital.

Alguns autores têm destacado a importância de levar em consideração os movimentos que os usuários realizam em busca de acesso aos serviços de saúde, os quais nem sempre vão ao encontro dos fluxos preconizados. Cecilio (2004) afirma que o desenho da rede assistencial, segundo a perspectiva da gestão do sistema, nem sempre coincide com o desenho mental do usuário. Essa dissonância pode ocorrer em qualquer área, não só em relação ao acesso aos serviços e ações relacionados ao HIV-Aids. Uma das diferenças na área de HIV-Aids é a presença do estigma como um dos operadores dessa relação. O autor sugere a visualização do sistema não como uma pirâmide – com porta de entrada única e fluxo vertical – mas como um círculo, com múltiplas possibilidades de entrada, saída e acolhimento. Outro autor que tem se dedicado à compreensão do funcionamento das redes de atenção é Túlio Batista Franco. Franco (2006) parte da constatação de que nem sempre os traçados administrativo-burocráticos propostos para o funcionamento do sistema correspondem aos traçados efetuados na micropolítica dos processos de trabalho. Não existe correspondência exata entre as perspectivas de gestores, trabalhadores e usuários, mas sim, insinuações de umas sobre as outras, havendo sempre a possibilidade de criação de desvios da norma estabelecida.

Por outro lado, identificamos um segundo discurso, que é o de “fixação do usuário no território”, sendo o território referido à área adscrita da unidade de saúde. Essa posição é afirmada principalmente a partir da posição-gestão, que adota a diretriz de “fixação do usuário no território”, conforme relatado a seguir:

É muito novo esse processo que nós estamos chamando de fixar o HIV dentro das unidades. A diferença de hoje com a questão da implantação, de toda a questão do teste rápido. A diferença das outras décadas é que hoje o cidadão, ao chegar na unidade, ele não só pode ser testado, ou ele deve ser testado, e ao ser testado ele não obrigatoriamente vai ser encaminhado. O que nós estamos chamando de “fixar o paciente na sua unidade e ao seu território”, certo. Essa diferença dos anos anteriores para nós ela é fundamental. Porque nós passamos, entre aspas, a obrigar o serviço de saúde a responder localmente na sua comunidade às questões relacionadas à epidemia. (Gestão).

Essa fixação, portanto, tem como finalidade o estabelecimento de uma relação de cuidado com o usuário, tendo como ferramenta ou via necessária a produção de uma relação de responsabilização da unidade de saúde pela questão da Aids. A justificativa para essa posição é o risco da desresponsabilização da unidade de saúde perante as questões relacionadas ao HIV-Aids, sendo apontado que, historicamente, a Atenção Básica se viu desresponsabilizada destas questões, a despeito de ser considerada a porta de entrada do sistema de saúde.

Nesse sentido, foi revelado que “às vezes as pessoas querem trocar de território e nós não deixamos” (gestão), conforme segue:

Semana passada nós tivemos um caso em que a equipe trocou de território, assim, para a busca do leite de fórmula láctea de crianças, assim. Nossa, eu fiquei muuuito brabo. Nós vamos chamar a equipe aqui para discutir. Porque a ideia seria nós convenceremos essa família a fazer a retirada. Ai a família ia dizer assim “ah, mas eu vou sair com as latas de leite e todo mundo vai perceber que eu não to amamentando”. “Bom, então nós temos que forjar uma situação que permita a essa mulher continuar ali”. Enfim, mandando entregar o leite em casa, pelo ACS... Alguma coisa tem que ser feita, mas não trocar de território! Porque, primeiro, quando ela troca de território, ela só transfere aquela responsabilidade momentânea, daquela situação que ela está apresentando. E as outras situações? Quem dá conta disso? (Gestão).

A dificuldade de compreensão da troca de território não diz respeito tanto ao pedido do usuário, mas a reação da equipe diante desta demanda, como apontado a seguir:

Eu, muitas vezes, quando me deparo com essas situações fico me questionando: se é a incapacidade da equipe, quando faz isso de deixar o paciente ser transferido,

se é a incapacidade da equipe dizer para ela mesmo que precisa assumir esse caso e ela precisa pactuar entre si a ética ou se é em defesa propriamente do usuário, Eu sempre fico com dúvida, sabe. Aonde está a verdade nesse processo? (Gestão).

Em uma determinada perspectiva, a troca de unidade de saúde implicaria na perda da lógica do trabalho no território, tal qual preconizada pelo Ministério da Saúde para as equipes de saúde da família e também para outros dispositivos em saúde.

A territorialização é exatamente para isso. Para que o sistema de saúde individualize aquela família, entenda quais as razões da vulnerabilidade dela, de uso de drogas, de violência, e tal, dentro da comunidade. Porque se esse indivíduo vai para uma outra comunidade, ninguém sabe quem é ele, ninguém sabe onde ele mora, ninguém sabe o histórico daquela família. E ele vai ali, atende em volta da sua comunidade, quem vai visitá-lo? Ninguém. Ninguém vai saber o histórico dessa pessoa. Entende? Quebra a lógica que o próprio MS vem trabalhando nessa questão de planos terapêuticos singulares, essa coisa toda... (Gestão).

Por outro lado, se considerarmos o território como uma ferramenta e estratégia de cuidado e não apenas um limitador espacial, podemos considerar que a troca de território não implica, necessariamente, em desresponsabilização. Deleuze e Guattari (1997), por exemplo, ao abordar a questão do nomadismo, tomando o nômade como um personagem, considera que ele tem como característica o deslocamento constante sobre o território, em busca das condições necessárias a sua sobrevivência. Quando as condições de sobrevivência sobre um determinado espaço findam, ele desloca-se no espaço. Porém, o paradoxo deste processo nômade é que o deslocamento é a própria condição para a permanência no território. Ou, colocado de outra forma: o território se constitui no próprio deslocamento. Do mesmo modo, poderíamos pensar que o deslocamento pode ser considerado pelo usuário como um facilitador para a continuidade do tratamento. Neste contexto, consideramos necessário diferenciar o objetivo em relação as ferramentas utilizadas para alcançá-lo. Identificamos que o objetivo se constitui como a continuidade do tratamento, sendo a fixação ao território um instrumento. A relação com o território diz respeito a um modo pelo qual podemos traçar estratégias que auxiliem o usuário. Ao utilizar o território como estratégia e não apenas como delimitador ou demarcação espacial de responsabilidade, podemos constituir diferentes estratégias de relação com ele, explorando suas multiplicidades.

Em relação a posição de fixação, está já foi adotada como diretriz política em outros municípios como Curitiba-PR (ALMEIDA; LABRONICI, 2007). Segundo os autores, o efeito

dessa diretriz foi excluir os usuários que não desejavam realizar o acompanhamento em unidades de saúde, próximos a sua residência.

Por fim, chegamos ao terceiro discurso, que é o de “interrogação da relação entre estigma e território”. Esta posição discursiva veicula, antes da defesa da flexibilidade ou da fixidez, a interrogação dos aspectos que levam à associação entre estigma e território, seja no âmbito da Atenção Básica em saúde ou no âmbito do serviço especializado. Alguns relatos expressam essa posição discursiva, como apresentado a seguir:

E qual é o elemento que a pessoa que vive com a aids identifica, naquela comunidade, para dizer que ali não vai ter resguardo do sigilo da situação dela? Por que que ela identifica isso? Por ser vista na unidade? Mas a unidade não é uma unidade específica para o HIV. Se fosse um SAE, por exemplo, se fosse uma Dermatologia Sanitária, se fosse na farmácia da dermatologia sanitária que atende horrores de pessoas, entende? Ai até entenderia. Mas num posto de saúde, que atende gestante, velho, idoso, vítima de violência, de tudo que tem ali, ser identificado como HIV? Não consigo entender. Eu não consigo entender. Bom, se for buscar o leite por exemplo, e o leite identifica, o profissional coloca numa sacola e tal, ta bom. (Gestão).

Esta posição não toma a relação entre estigma e território como dada: o estigma não é um atributo natural, senão algo atribuível, dentro de determinadas condições. Esta relação é produzida a partir de uma determinada experiência, a qual pode ser ressignificada. A questão central, nesse discurso, é tomar essa relação como algo a ser interrogado, podendo-se desdobrar, como resultado dessa operação, tanto a mudança de território quanto a permanência sobre ele, sob novas estratégias. Esse discurso só é possível quando o território é compreendido não apenas como um território-zona ou uma topologia sobre a qual eventos são desdobrados, mas como um território em processo de construção e apropriação pelo usuário. Se o território é uma produção, podemos produzi-lo de diferentes maneiras.

A diferenciação entre os três discursos apresentados também evidencia uma tensão entre a noção de território-zona e de território-rede. Haesbaert (2009) chama a atenção para a diferenciação entre os dois conceitos, estando o primeiro ligado a uma compreensão mais estática, “superfície relativamente homogênea e praticamente sem movimento”, enquanto o segundo enfatiza as possibilidades de conectividade, remetendo a dimensão temporal-móvel do território. Agrega, ainda, as contribuições de autores como Deleuze e Guattari acerca do território, compreendido como o produto de determinadas práticas e não apenas como um espaço pré-definido de antemão. O território é compreendido, nesse sentido, como território em ato, produto das territorializações

dos meios e dos ritmos. Esta noção tem emergência principalmente no contexto pós moderno, inserindo como novidade não o fim do território ou sua perda de importância, mas a possibilidade de “viver em redes, onde nossas próprias identificações e referências espaço-simbólicas são feitas não apenas no enraizamento e na (sempre relativa) estabilidade, mas na própria mobilidade” (HAESBAERT, 2009, p. 279). O autor alerta, no entanto, sobre o risco de leituras dicotômicas em relação as duas perspectivas de território. Territórios-zona e territórios-rede co-existem, pois as redes também conformam zonas de influência mais ou menos acentuadas, sobre as quais é possível estabelecer alguns limites, ainda que nebulosos.

A compreensão do território-zona parece ser predominante quando consideramos apenas a demarcação de responsabilidade sob a perspectiva do recorte do território de atuação da equipe de ESF. Por outro lado, extrapolamos essa compreensão quando consideramos a possibilidade de outras conexões que extrapolam os limites da zona previamente delimitada, conformando novas territorializações. É possível a um morador de Viamão, por exemplo, trabalhar no centro de Porto Alegre. Neste caso, não poderia ser mais “acessível” fazer uma consulta em Porto Alegre, próximo ao local de trabalho, do que em Viamão? Será que o local de residência é sempre a única ou a principal referência para o usuário?

Essas situações, ao invés de interrogarem a PVHA, o usuário que realiza o teste ou a equipe de ESF, devem interrogar a própria política de atenção, em relação ao que ela preconiza em torno da noção de território. As situações relatadas desterritorializam a política nacional de Atenção Básica, assim como alguns dos pressupostos contidos no processo de descentralização em curso no município de Porto Alegre, como o da fixação territorial. Desterritorializar, neste contexto, tem o sentido de desestabilização das formas instituídas, de interrogação.

O que interrogamos na produção desta tese, de modo mais enfático, é a pressuposição de que a proximidade territorial necessariamente equivale à facilidade no acesso. Afirmar o caráter paradoxal do território implica em considerar não uma única relação possível entre território e acesso, mas múltiplas relações. Se até esse momento já pudemos evidenciar alguns aspectos que tensionam o território na relação com os processos de estigmatização da Aids, no tópico seguinte, pretendemos inserir novas situações e elementos que nos permitem seguir nesta discussão, acessando novas dimensões do processo em análise.

3.5. TENSIONANDO O TERRITÓRIO: FERRAMENTA OU OBSTÁCULO?

Em nossa pesquisa, em linhas de análise já apresentadas, observamos o quanto a proximidade física é importante e amplia o acesso a uma gama de usuários, assim como essa mesma proximidade, relacionada ao estigma e atenção em HIV-Aids também pode ser permeada por tensões.

Para complementar essa análise em torno da dimensão do território, tomamos agora mais uma situação como analisador, buscando desemaranhar as linhas de força que a constituem. A construção desse analisador ocorre através de um movimento aparentemente contraditório, que consiste em colocar uma ausência em evidência: a dificuldade para encontrar as PVHA diagnosticadas na unidade de ESF.

A coordenação da unidade fez um levantamento das PVHA diagnosticadas desde o início do processo de descentralização (novembro/2011) até fevereiro de 2013, chegando ao número de 13 (treze) usuários. A unidade tem um caderno do tipo livro ata onde são registrados os dados referentes a todos os usuários que realizaram o teste: nome, número do prontuário, data de nascimento, data de realização do teste, resultado dos testes (sífilis e HIV), entre outros dados. A existência desse registro facilitou o levantamento das PVHA ali diagnosticadas. Dentro dos procedimentos metodológicos, propomos que todas essas pessoas fossem convidadas para a participação na pesquisa. Das 13 PVHA com as quais foi buscado contato, através da coordenação da unidade de ESF, apenas 3 foram encontradas, concordando com a participação. Ao final, apenas duas foram entrevistadas, pois a terceira não compareceu no dia agendado.

O que passou a chamar a atenção, não entanto, é a interrogação em torno do que teria acontecido em relação às outras 10 PVHA? O contato com eles não foi bem sucedido: o telefone caía na caixa de mensagens; ou tocava e ninguém atendia; ou não havia registro de contato telefônico. Diante desse fato, nos sentimos surpresos, pois havia uma expectativa de que o processo de territorialização, adscrição de clientela e vigilância epidemiológica garantiriam a identificação e localização das PVHA na região. Vimo-nos diante de uma bifurcação em relação a estratégia analítica: ou tentaríamos continuar encontrando esses usuários para ouvi-los e buscar compreender suas relações com os processos de estigmatização em relação à Aids e os processos de cuidado na ESF; ou, tomaríamos esse fato, em si, como um dado a ser analisado. Escolhemos a segunda opção, compreendendo esse dado como um analisador. Ou seja, a dificuldade de encontrar esses usuários

é o que parece revelar ou denunciar algo. Nesse caso, a denúncia parece ser a de que a presença no território adscrito não garante a efetivação de um agenciamento – um engate do usuário em relação ao acompanhamento na unidade de saúde. Trata-se de um elemento que proporciona um movimento de desterritorialização, remetendo a perda de sentido, de embaralhamento e deslocamento de códigos até então estabilizados, que nos impele à busca de novas formas de compreensão.

Um dos aspectos explicitados pela análise realizada até o momento é que a unidade de saúde teve importante papel no diagnóstico, mas não tem conseguido realizar o acompanhamento desses usuários. Este aspecto é também identificado pela equipe, que relatou sentir-se “angustiada” diante do não acompanhamento das PVHA: “É isso que eu estava falando, a vigilância disso está muito ruim. (...) a vigilância do HIV está muito falho”. (Prof. 2). Dentro do modelo de atenção previsto, o encaminhamento do usuário para o serviço de referência não significa sua desvinculação da unidade de Atenção Básica. A perspectiva preconizada no processo de descentralização é trabalhar com o princípio de corresponsabilidade, que compreende a necessidade de estratégias conjuntas entre serviços especializados e serviços de Atenção Básica, e não o simples encaminhamento ou delegação de responsabilidade. É importante considerar que dificuldades referentes a integração dos serviços e ações em HIV-Aids em redes de cuidado também já foram relatadas em outros estudos, como Silva et al (2005) e Palácio, Figueiredo e Souza (2012).

Ao ser perguntada sobre a vigilância em relação ao HIV ser um pressuposto ou não do trabalho da equipe de ESF, segue o diálogo:

Mas se a gente pensar que é uma equipe de Saúde da Família, a gente tem o cuidado... ninguém nos diz isso, que a gente tem que, mas ...(...) Porque a gente fecha SIAB todo mês e tem o quantitativo dos acompanhados. Mas não tem HIV, por exemplo. Tem tuberculose: quantos tuberculosos vocês tem? E quantos vocês acompanharam? E isso tudo inclui meta. Quantos hipertensos vocês tem? Quantos vocês acompanharam? Quantas gestantes vocês tem? Quantos vocês acompanharam? Crianças menores de 2 anos, hipertensos, diabéticos, tuberculose, hanseníase - que ainda bem a gente não tem nenhum - e gestante. (...) Agora HIV não entra. Ai a gente falha. Mas tem que acompanhar, a gente sabe que tem, né, que tem que fazer vigilância. Por isso eu estou dizendo, até é bom ver isso, porque aí a gente tem que pegar o prontuário e ver se as pessoas estão acompanhando realmente. (Prof. 2).

Portanto, não é o desconhecimento da necessidade de realização da vigilância que a impede de ser realizada, mas um descompasso em sua operacionalização. A discussão sobre as estratégias

de acompanhamento desse público junto ao serviço especializado já foi tema na equipe e com o serviço de referência, permanecendo como uma pauta pendente a ser retomada.

Mas por exemplo, digamos que combinasse a cada 6 meses do Sanatório mandar a lista de TB e HIV acompanhados. Isso a gente nunca... a gente tentou combinar, e pensou várias vezes mas nunca concretizou a combinação nem a periodicidade. Mas isso é importante até para a gente saber se realmente está... (...). Acho que isso tem que retomar, quando voltar o matriciamento, para a gente falar disso. Para a gente realmente saber se essa pessoa está em acompanhamento lá. (Prof. 2).

Pensamos, ainda, que a não existência de um profissional de referência para esta área seja um facilitador da diluição das responsabilidades. Apesar do território adscrito visar a responsabilização da equipe, a não delimitação de referências - profissional de referência - pode resultar na diluição das responsabilidades, de modo que todos na equipe se responsabilizem ou, por outro lado, ninguém se responsabilize. Foram referenciados dois momentos em que a vigilância em HIV-Aids esteve mais presente na equipe: na presença intercalada de dois profissionais que tinham maior interesse na área e que já haviam tido experiências anteriores em serviços especializados relacionados ao HIV-Aids. Ou seja, de modo “informal”, exerciam a função de profissionais de referência. A Política Nacional de Humanização, percebendo os efeitos possíveis do trabalho em equipe – que podem tanto produzir compartilhamento de ações quanto diluição das responsabilidades – passou a preconizar a delimitação de profissionais de referência como um modo de incorporar determinadas funções e atividades ao processo de trabalho, evitando que alguma ação dependa do interesse de um profissional ou que se dilua na equipe (BRASIL, 2008c).

Buscando compreender o que teria ocorrido com as 10 PVHA que não conseguiram ser contatadas, além do usuário que não compareceu à entrevista, realizamos uma entrevista com a coordenação da unidade de saúde, explorando a história desses usuários. Os relatos sobre as 11 PVHA sugerem que cerca de 4 delas não estão realizando qualquer forma de acompanhamento, pois sequer finalizaram os procedimentos preconizados pela ESF para o encaminhamento para o serviço especializado, conforme os relatos:

1º caso, mulher, 53 anos: é paciente da saúde mental. Já sabia que tinha e trouxe o marido para fazer o teste. O marido deu HIV-. Não usam preservativo. Teria dito para o profissional que não queria levar laudo, que não queria que ninguém soubesse. Não contou para o marido também. Os vizinhos não sabiam e não era para saber. Depois surgiu outra versão, de que o marido já saberia. Outro dia chegou no acolhimento chorando. Não quer ir para o Sanatório. (Prof. 2).

2º caso, homem, 21 anos. Esse sim, esse foi diagnosticado aqui (...) aparentemente isso para ele não foi uma grande surpresa, parecia mais uma coisa da vida, ele é travesti, é profissional do sexo e ... ele não tem telefone, ou pelo menos não deu o telefone. E esse é um caso que... esse menino não voltou mais aqui, ele não veio mais no posto. Ele disse que autorizava a gente fazer a visita domiciliar para ele, mas que ele queria que a mãe não soubesse. E toda a vez que a gente faz visita, ele gruda na mãe, que aí ele sabe que a gente não pode falar. Ah, o teste de sífilis deu reagente... [Esse caso também foi relatado em outros momentos da pesquisa, como no grupo focal com as ACS, no qual discutiam um modo possível de abordagem sem a presença da mãe]. (Prof. 2).

3º caso) mulher, 28 anos. Essa é beeeem difícil. Essa é usuária de crack, é profissional do sexo, essa a gente sabe onde se prostitui, que é ali na Rua XXXXX, mais para baixo. Que não é nossa área, é mais para baixo. Mas a gente já tentou com consultório de rua, e o consultório de rua não atende essa área, só atende o centro. Essa guria ela tem... alguns filhos já, os filhos todos ela perdeu no conselho tutelar, ficaram com parentes dela, com os pais, os filhos com as avós paternas, dos filhos. Ela mora numa casinha aqui no morro que os irmãos já trocaram as fechaduras, já trancaram a casa, porque ela dormia poucas noites, a maioria das noites ela ta nas bocas, nos pontos de prostituição, não dorme em casa, ela estava vendendo tudo em casa em função do crack. (...) Também deu sífilis reagente. Ela também iniciou o tratamento e não terminou. Ela estava sem método contraceptivo, (...) É uma... sabe uma pessoa... acabada, ela está acabada... tu olha para ela, ela tem HPV, a gente não conseguiu coletar CP no dia porque estava horrível a situação dela. (...) essa e o outro menino de 21, para eles não foi uma grande surpresa o diagnóstico. Era mais uma coisa da vida. E assim, ela saiu com muitas medicações. Ela fez penicilina, ela saiu com medicação para outras DST, porque ela estava com outras DST. A gente falou do HIV, mas... (Prof. 2).

5º caso) mulher, sem idade especificada... “mas ela é nova, vinte e poucos anos. (...) Essa menina, ela... é usuária de drogas! É profissional do sexo! Fica muito mais na rua do que em casa! É quase como moradora de rua. (...) a agente comunitária nem encontra ela em casa, nem sei se ainda está ali. E ela tinha um companheiro. Ela é que nem a outra, que eu estava te falando: beeeem acabada, beeeem acabada. E essa menina... não sei se ela tem... ela tem algum, algum problema cognitivo, não consegue ter tanta clareza de entendimento. Não sei se sempre foi isso, se foi pelo uso de drogas, se foi pela falta de estímulo a vida inteira. Sabe? Uma pessoa que quase não estudou... Uma pessoa bem detonada também. (...) ela vem na unidade assim “eu vim fazer alguma coisa”, ela chega um dia, ‘cai’, para fazer aquela coisa. E a gente tenta aparar e acolher, porque ela não volta. Não é uma que tu agende e ela vai vir no dia agendado, ela não vem. (...) Agora, essas vulneráveis, que a gente sabe que agendamento não funciona, porque um dia ela está aqui, amanhã não está mais, daqui há duas semanas não está mais, aí a gente acolhe! (...) Ah, e essa eu não sei se a gente encontra, porque ela não tem nem telefone aqui. Vou ter que ver com a agente comunitária se tem visto ela pela rua. Porque é assim, quando a gente vê ela pela rua. (Prof. 2).

Os relatos trazem a associação de aspectos que posicionam essas PVHA em relações de vulnerabilidade com os seguintes aspectos: problemas de saúde mental, deficiência auditiva e possível déficit intelectual, prostituição, uso de drogas, situação de rua. Um outro aspecto não nomeado, mas que transversaliza aparentemente muitos desses casos, é a pauperização.

Existe a expectativa de que outras 4 PVHA estejam realizando o acompanhamento, em decorrência da equipe já ter realizado algum contato com os usuários e/ou considerá-los mais organizados.

7º caso) Mulher, 32 anos, (...). Mas eu sei que ela estava em acompanhamento, não aqui, ela estava em acompanhamento no Sanatório. Foi encaminhada para lá. Essa é uma pessoa que vinha em acompanhamento, tranquilo, estava em acompanhamento odontológico. Não sei como está agora. (Prof. 2).

8º caso) Homem, 26 anos (...) esse é homossexual, e o companheiro dele veio antes, o diagnóstico dele foi em (mês XXX), o companheiro veio na metade de (mês XXX) e ele veio na semana seguinte, porque o companheiro deu reagente. E aí ele também deu reagente. (...) esses dois estavam bem. Então eles estavam em acompanhamento aqui, não sei como está, não sei a quantas anda. [Posteriormente soube-se que este rapaz se mudou para outra região]. (Prof. 2).

9º caso) Homem, 26 anos, é o companheiro do rapaz anterior (...) moram juntos... e é a mesma coisa assim. Ele veio, foi o [outro profissional que não trabalha mais na unidade] que deu o diagnóstico. (...) Mas eles estavam em acompanhamento, fizeram CD4, fizeram CV direitinho no Sanatório, faziam o acompanhamento. [Posteriormente soube-se que este rapaz se mudou para outra região]. (Prof. 2).

11º caso) mulher, 44 anos, (...) ela tem necessidade especial, ela não escuta direito, não fala, mais balbucia assim, algumas palavras, ela sempre vem acompanhada de um familiar e ela tem um retardo mental também. (...) não sei porque que ela veio. Eu tenho a impressão que isso não deve ter partido dela. To dizendo que tenho a impressão porque não fui eu que dei o diagnóstico. Não me parece que seria uma pessoa que procuraria “ah, eu vim fazer o teste de HIV”, porque acho que ela nem conecta isso, “teste de HIV, será que tenho?”. (...). Acho que ela tem um acompanhamento bom da família, nas consultas sempre vem acompanhada, no teste veio acompanhada por uma irmã, se eu não me engano. Alguém marcou e alguém trouxe ela para fazer (...). Pela fala [do profissional anterior] não foi um diagnóstico muito fácil, a família ficou meio “ah, não acredito, HIV!?” e tal, mas tranquilo no sentido... Tranquilo!? É que as buchas para a gente são aquelas que a gente perde. Essa, por mais que tenha sido difícil o diagnóstico a gente não perdeu. A família levou para fazer CD4 e CV, ela fez. Ela também, iniciou acompanhamento no Sanatório, que ela teve que ser encaminhada para lá. (Prof. 2).

Nesses casos, a equipe tem informações sobre os usuários em decorrência deles também frequentarem a ESF por outros motivos não relacionados ao HIV-Aids.

E há outros 3 usuários sobre os quais não se tem conhecimento sobre o que ocorreu.

6º caso) Homem, 29 anos, (...) Esse eu não sei como foi o diagnóstico para ele, porque foi o [outro profissional que não trabalha mais na unidade] também que deu. (...). (Prof. 2).

12º caso) Mulher, 42 anos. Não sei te dizer sobre essa pessoa, não conheço. Ela é da minha área pelo endereço, mas eu não conheço ela, pelo menos não associo o nome à pessoa. (...) Porque por esse endereço pode ser nossa ou da (outra UBS adjacente), dependendo do lado da rua. (Prof. 2).

13º caso) Mulher, 37 anos, não tem endereço, não tem telefone, nem o número do prontuário dela. Mas talvez os agentes conheçam, porque eu lembro desse sobrenome. Se ela não mora aqui, ela tem parente aqui. (...) Foi o primeiro diagnóstico! (...). Foi o [outro profissional que não trabalha mais na unidade] que deu (risos). (Prof. 2).

Esses três últimos casos, em especial, evidenciam que uma das intenções políticas da ESF nem sempre consegue ser cumprida: a formação de vínculo e o acompanhamento longitudinal (ao longo do tempo) dos casos. A rotatividade de profissionais na unidade contribui para isso, já que parte das histórias dos usuários pode ser “perdida” com a saída dos profissionais.

É importante relatar que a dificuldade na realização de acompanhamento das PVHA observada nesta unidade também ocorre em outras unidades, conforme relatado pelo gestor:

Nós mandamos a listagem de todos os CD4 abaixo de 200 para a unidade e a unidade então responde a situação de cada paciente. Certo? Ah, Joaquim de Souza, cd4 abaixo de 200 porque instável, não vem a consulta, retira a medicação irregularmente. Paciente 2: Joao da Silva, ah, o paciente é agressivo, destratou a funcionária e não tem boa adesão. Paciente 3: ah, o paciente, até 2008 ele se tratou muito bem, a partir desse momento ele abandonou esse tratamento e voltou em 2012, já com manifestações da doença. Paciente 4: Maria Conceição, ah, essa estava grávida, da sua 3ª geração, só toma medicamento quando fica grávida. Um dos filhos nasceu com HIV e os outros dois não tiveram HIV. (Gestão).

Isso indica não se tratar de um problema localizado em uma única equipe, perpassando o modo de funcionamento das equipes de modo geral. Alguns desses casos – em especial os quatro primeiros e os três últimos - possibilitam interrogar o uso do território como ferramenta de cuidado na ESF. Sob a perspectiva da utilização do território compreendido como território-zona, topologia ou delimitação territorial, observa-se uma tensão entre a tentativa de apreensão e controle dos usuários, ao mesmo tempo em que seus modos de vida parecem apontar para um nomadismo: os usuários que não são encontrados em casa, que mudam-se constantemente, trocam o número do

telefone, prostituem-se em outras áreas e assim por diante. Têm-se uma estratégia territorial localizacionista para uma população que é móvel, volátil, como no caso de uma das PVHA que praticamente não é vista circulando por ali durante o dia, pois se prostitui em outra região da cidade. Ao mesmo tempo, a equipe de abordagem de rua também não atende aquele território. Desse modo, essa usuária fica “descoberta” de ações planejadas e o território não consegue efetivar-se enquanto ferramenta de cuidado, mas sim como um obstáculo: para além daquela fronteira não é possível atuar. Surge a interrogação: a referência do cuidado é o território ou o usuário? A constatação de que a área onde a usuária se prostitui não pertence à área adscrita à unidade de saúde, “impedindo” a atuação da equipe, demonstra que o território atua mais como delimitador de área do que propriamente como ferramenta de cuidado. A situação desta usuária tensiona o conceito de território como ferramenta para a ESF, pois interroga: território de que? Território para que? Esta usuária constitui uma relação multi-territorial, a partir de diferentes encontros: com a prostituição, com o uso de drogas, com a casa no morro. Porém, o território na ESF – ou mesmo no consultório na rua - atua segundo uma expectativa de que a pessoa reside em uma casa, na perspectiva disciplinar, tal qual apresentada por Foucault (1987): em cada lugar, uma pessoa; uma pessoa em cada lugar. Alguns usuários, no entanto, parecem fugir destas estratégias de cuidado que passam pela adscrição territorial, semelhante as situações descritas por Garcia (2013), referente ao público caracterizado por LGBT com vivências nômades no município de São Paulo.

Alguns desses casos evidenciam a existência de usuários “refratários” aos serviços tradicionais ofertados no campo da saúde. Essa característica não é própria às PVHA, podendo ser encontrada também em outras áreas de estudo, como nas pesquisas com usuários de álcool e outras drogas e os usuários de saúde mental. Lemke e Silva (2010, 2011) identificam a existência de públicos considerados refratários à oferta de algumas ações e serviços no campo da saúde mental e álcool e drogas. Diante da exigência de novas respostas e ampliação das estratégias de cuidado, a itinerância, interligada à busca ativa, surge como uma possibilidade de efetivação do cuidado no campo da saúde. As práticas dos ACS, dos redutores de danos e dos acompanhantes terapêuticos (AT) são vistas dentro deste escopo de novas práticas que visam proporcionar modalidades distintas de acesso às ações em saúde. Nesse caso, o que chama a atenção é que o território está relacionado não à fixação do usuário a um determinado espaço, mas à possibilidade de efetivação do acompanhamento em um percurso, contextualizado socialmente. A ferramenta constitui-se através da itinerância e não tanto através do território físico delimitado. Os autores diferenciam a

itinerância enquanto estratégia extensiva (ou seja, o deslocamento sobre um espaço) e enquanto estratégia intensiva, que é operada no encontro com o usuário, no ‘fazer-com’ ou agir sobre o território do usuário “afetando de algum modo este território e sendo afetado por sua complexidade” (LEMKE, SILVA, 2011, p. 993). Indicam a importância do deslocamento enquanto fator de exposição. Porém, o mero deslocamento não garante a mudança efetiva da/nas práticas, pois pode representar a expansão de um modelo sintomatológico, que foca no sintoma e nas doenças. Considerando-se as situações ou relações de vulnerabilidade relatadas em relação as PVHA, consideramos ser pertinente a proposição de estratégias que considerem a itinerância, o acesso a territórios não tradicionais – como os pontos de prostituição, as “bocas” – os quais não parecem se constituir como territórios de atuação das equipes de ESF. Nesse sentido, seria necessário a criação de estratégias ou atuação de equipes com abordagem de redução de danos, por exemplo.

Além dos aspectos que os casos-analisadores permitiram evidenciar, é necessário ainda considerar outro aspecto apontado no relato a seguir:

Uma das coisas que a gente estava avaliando agora no final do ano, é que eles estão no bairro que tem o maior número de casos da cidade, que tem o maior número de casos do Brasil. Portanto, eles estão no lugar, né... privilegiado! E se tu pegar a porcentagem de resultados positivos, é muito baixa. Então, assim, óh, ainda não estamos chegando nas pessoas que a gente tinha que chegar. Nós ainda estamos testando “os de bem”. Isso, de forma geral, considerando as vinte e poucas unidades. Isso é uma constatação da gerência, assim. A gente não chegou nos bolsões de pessoas positivas mesmo. Até porque a gente está testando as pessoas que vem ao posto. (Matriciamento).

Nesse sentido, indica-se um desafio que não diz respeito apenas ao que fazer após o diagnóstico, mas como tornar o diagnóstico acessível ao público que não costuma acessar a unidade de saúde. Enfatizamos que essa realidade não é própria à unidade pesquisada - a qual é considerada uma unidade que obteve um alto índice de diagnósticos positivos – mas sim, condiz com a situação geral das unidades de saúde.

E esta equipe [participante da pesquisa] é atípica, assim, né. Porque é o lugar onde se fez mais teste e o lugar onde tem mais positivos, né. Porque se tu pegar, por exemplo, a [outra unidade de ESF], que é do lado do presídio central, (...) eles não tinham nenhum teste positivo até agora! Então, tem algo errado! (Matriciamento).

Na construção da tese, argumentamos que a presença da ESF possibilita uma ampliação da condição de reconhecibilidade (BUTLER, 2010), podendo levar ao ato de reconhecimento de que a vida que habita determinados territórios – anteriormente não vistos - importa, merece ser chorada quando perdida, merece ser cultivada e cuidada enquanto vive. No entanto, estas situações relativas às PVHA que se “perdem” no sistema, pois são considerados “casos difíceis”, gerando paralisia ou protelação nas equipes, nos levam a interrogar até que ponto o ato de reconhecimento está sendo efetivado: não estarão tais vidas sendo, desde já, consideradas perdidas, a ponto de não serem investidas? Afinal, a gestão aponta ferramentas de vigilância clínica, para detecção de PVHA com CD4 baixo⁴⁰. Mas como abordar essas pessoas se elas não forem percebidas como vidas a serem investidas? Segundo Butler (2006), não podemos supor a existência de uma vulnerabilidade prévia ao reconhecimento. A autora afirma que “é necessário perceber e reconhecer certa vulnerabilidade para fazer parte de um encontro ético, e não há nenhuma garantia que isso ocorrerá” (BUTLER, 2006, p. 71). Nesse sentido, devemos lutar pelo reconhecimento – pois o não reconhecimento implica em omissão, compreendida como uma forma de violência.

Outro aspecto a ser destacado diz respeito a necessária conexão entre a produção de dados e indicadores em saúde e o planejamento e efetivação de ações com base nos dados produzidos. Segundo Campos “Os sistemas de informação estão cada dia mais desarticulados das linhas reais de intervenção. Sabe-se localizar casos de dengue até por domicílio, mas não se sabe o que fazer com essas informações. Classificam-se óbitos por causas externas (causas violentas) segundo inúmeros e variados critérios, somente se desconhece o que fazer no cotidiano dos serviços com isso.” (1997, p. 237). Nesse sentido, a produção de sinalizadores de vigilância mencionados pela gestão devem necessariamente ser articulados às estratégias de abordagem e cuidado dos usuários, para que não se tornem dados desconectados da complexidade do cotidiano de trabalho das unidades de saúde.

É importante destacar que o pólo oposto ao da negligência e do desinvestimento seria um viés salvacionista, o qual também pode apresentar aspectos problemáticos – afinal, estamos lidando com equipes de saúde e usuários e não com igreja/religião. Essas sensações despertadas diante de algo que nos interroga nos leva a seguir na discussão sobre a dinâmica de inclusão/exclusão e cuidado/controle.

⁴⁰ Aspecto abordado nas páginas 157-158.

3.6. INCURSÕES SOBRE O BIOPODER: A DINÂMICA INCLUSÃO/EXCLUSÃO, CUIDADO/CONTROLE E, POR FIM, QUEM ABANDONA QUEM?

A equipe se angustia, mas é melhor esquecer (...) melhor esquecer, porque eu não vou dar jeito nisso. Certo? Isso que tu está trazendo é um determinante da mortalidade. É um deles, que é o paciente que se perde do sistema. Mesmo, nós estamos montando todo um sistema de monitoramento de paciente. Mesmo que eu monitore pelo cd4, mesmo que eu monitore o paciente, certo, eu não consigo pegá-lo, né. (Gestão)

Seguindo na discussão sobre o acompanhamento das PVHA diagnosticadas na equipe de ESF, foi possível perceber que a situação relatada não pode ser vista de forma isolada ou como uma realidade própria à unidade de saúde participante da pesquisa. Os casos relatados anteriormente foram compreendidos como casos-analisadores, ou seja, casos que nos permitem visualizar as forças em tensão, os discursos, em sua impessoalidade. A complexa dinâmica de inclusão/exclusão perpassa o tecido social, sendo que o âmbito e as situações aqui relatadas constituem-se apenas como modos de expressão de relações sociais mais amplas, que perpassam também várias outras equipes, vários outros serviços e âmbitos da atenção. Um dos participantes da pesquisa utiliza uma metáfora para expressar a dinâmica de inclusão/exclusão presente em nossa sociedade:

Nós estamos numa escola, imagina. Trinta alunos numa aula; a primeira fileira é dos alunos mais maravilhosos. Na última, fica: os déficit de atenção, que já se colocaram no fundo. Ficam os alunos que os professores não conseguem lidar. Em quem a escola mais investe? Qual é o aluno que a escola mais investe? E isso não é de hoje, é o problema da nossa educação. Investe naquele que quer estudar, porque aquele me traz retorno. (Gestão).

Essa metáfora parece traduzir o que ocorre com algumas das PVHA diagnosticadas na unidade de saúde. Durante o encontro de restituição, a questão das forças que perpassam o não acompanhamento das PVHA foi debatida. Um dos aspectos levantados na discussão da equipe dialoga exatamente com o exemplo acima, acerca do investimento nos usuários. O grupo abordou o caso de uma PVHA que começou o acompanhamento na unidade de saúde. O médico marcou três consultas, e apenas na terceira o usuário compareceu. Apesar da insistência, foi explicitado um desconforto:

Paciente vulnerável, a gente marca uma consulta, marca duas consultas... até onde a gente vai nisso? Porque a gente sabe que a gente mede consulta. Até que ponto a gente tem que investir na pessoa que não está preparada ainda, ou outra questão? E ai tem o outro cara que quer se tratar e tem dificuldade para agendar! (Prof. 5).

Como contraponto a este posicionamento, outro profissional afirma “acho que a gente não está tirando o lugar de ninguém, mas está tentando resgatar alguém” (Tec. Enf.). As duas falas expressam forças distintas: uma que levaria ao investimento nas pessoas aderentes e a outra num investimento nas pessoas com dificuldade de adesão, em uma perspectiva de equidade: tratar diferentemente aqueles que possuem necessidades diferentes.

No entanto, devemos frisar novamente que essa realidade não é exclusiva dos serviços de Atenção Básica. Conforme apontado na fala abaixo, existe uma tendência ao atendimento dos casos novos e aderentes em relação aos casos de abandono mesmo em serviços especializados.

Mas, a parte de não dar conta, na verdade já não se dá conta! Mesmo sendo centralizado [nos CTA/SAE]! Se tu for ver, nós temos seis mil pacientes cadastrados aqui, dois mil e trezentos na ativa. Onde estão os quatro mil? Talvez façam parte dos mil e quinhentos do ADS, que também estão inativos, não sei, porque pode ser que sejam os mesmos. Não tenho muita certeza sobre isso. Agora, que existe uma demanda reprimida, sim, é fato. E que a gente acaba priorizando os diagnósticos novos, do que os abandonaram, também. A questão é que esses diagnósticos novos que estamos falando aqui muitas vezes não são tão novos assim, né. E muitas vezes eles já estão muito doentes, mesmo sendo novos. (Matriciamento).

Afinal, a defesa por uma política de humanização parte justamente da constatação que faz parte do humano burocratizar e racionalizar processos (BRASIL, 2009), mesmo quando envolvem a vida e a morte de pessoas. A questão relacionada a não adesão dos usuários ditos vulneráveis e refratários e o modo como muitos serviços tem respondido a essa questão levantam interrogações, conforme relatado a seguir:

Quando eu vejo isso, eu olho e me lembro da frase do Carlos Duarte que diz: quem abandona quem? O paciente que abandona o tratamento? Ou o sistema que abandona o paciente? Essa é a grande questão. Se a unidade não tem a capacidade de pegar o telefone e dizer: olha, eu vou ligar para a unidade de saúde: eu quero saber onde esse cara mora, e eu vou acionar alguém que vá na unidade já que eu não posso ir, que vá na casa desse cara e faça uma VD para ele. Mas eu vou continuar telefonando para ele, e alguma resposta eu tem que ter. Ou eu vou fazer um procedimento de clínica ampliada, ou vou fazer um plano terapêutico singular para o cara. Vou discutir o caso na equipe. Mas não!!! As equipes dizem assim: nós temos muitas dificuldades com esse paciente. E esquecem, “porque nós não conseguimos”. Declaram, nesse momento, sua própria falência. E aí os profissionais de saúde dizem: não, ele abandonou o tratamento. Como ele abandonou? Nós abandonamos ele. (Gestão).

Nesta perspectiva, coloca-se como interrogante: quem abandona quem? E até onde a equipe pode ou deve ir? É importante ressaltar aqui que falamos de duas possibilidades de “abandono”. Uma das formas de abandono seria mais explícita, associada ao estigma, como no relato a seguir.

O que eu não posso declarar é que o indivíduo que é um usuário de drogas injetável que ele não mereça, que ele é usuário de crack e não mereça um tratamento. Não posso declarar isso. “Ah, porque estão jogando medicamento fora” - já ouvi isso inúmeras vezes. Ou, “estão criando um vírus super resistente! (Gestão).

A outra forma é por um movimento de paralisia das equipes, diante da necessidade de criar novas estratégias perante situações onde a abordagem “tradicional” não tem efeito ou nas quais fica evidenciado que a compreensão do território como território-zona não garante a efetivação do dispositivo do cuidado. Essa paralisia também pode se expressar pelo “esquecimento” ou “protelação”, diante de casos que são complexos e, ao mesmo tempo, se diluem com outras dezenas de situações relacionadas a outros problemas de saúde atendidos na unidade de saúde.

Ao mesmo tempo em que suscitamos a necessidade de novas práticas que possam se insinuar como práticas de cuidado utilizando o território como estratégia, outra tensão que emerge diz respeito ao risco de controle sobre os usuários.

Ao lidarmos com os ‘usuários refratários’, um misto de sensações são despertadas. Por um lado, sensação de abandono ou negligência em relação a esses usuários, supostamente justificado porque eles próprios não desejam realizar o tratamento. Por outro lado, também desperta a sensação de que existiria uma necessidade de controle, despertando “desejos de manicômio” (MACHADO; LAVRADOR, 2001), ou seja, um desejo de controlar, esquadrihar, enquadrar o outro dentro de expectativas normativas. Na restituição a equipe expressou esse dilema, considerando a necessidade de uma abordagem compreensiva em relação aos motivos que muitas vezes parecem afastar a PVHA da unidade de saúde: vergonha em decorrência do estigma? Negação do diagnóstico? Banalização do diagnóstico? Medo do tratamento?

Um dos aspectos que este dilema levantado pela equipe evidencia é a tensão entre as práticas de cuidado e as práticas de controle. Consideramos que a noção de biopoder pode trazer contribuições a esta discussão. Segundo Duarte (2006), este conceito foucaultiano tem instigado a formação de novos problemas e campos investigativos. Segundo Foucault (1988), o ocidente conheceu uma transformação profunda dos mecanismos de poder na época clássica. Por um lado, a passagem das sociedades de soberania para as sociedades disciplinares. Por outro lado, conforme trabalhado no volume 1 da História da Sexualidade, um novo elemento é inserido nessa passagem:

a emergência da biolítica. Enquanto as sociedades de soberania eram caracterizadas pela ideia de “fazer morrer ou deixar viver” – pois, nesse tipo de sociedade, o poder estava relacionado a possibilidade de apreensão das coisas, do tempo, dos corpos e da vida – as sociedades regidas sob os mecanismos disciplinares e biopolíticos são caracterizadas pela gestão da vida, sob o lema “deixar morrer e fazer viver”. Os mecanismos disciplinares e biopolíticos são complementares entre si. O primeiro focaliza “o corpo como máquina: no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade” (FOUCAULT, 1988, p. 151), constituindo uma anátomo-política do corpo humano. “O segundo, que se formou um pouco mais tarde, por volta da metade do século XVIII, centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar” (FOUCAULT, 1988, p. 151-152), constituindo uma biopolítica da população. O primeiro, portanto, centrado sobre o corpo; o segundo, sobre a população. Essa forma de governar também produz hierarquizações, diferenciações, produzindo efeitos de dominação. Do ponto de vista da saúde, políticas higienistas e eugênicas foram estabelecidas, visando sanear o corpo da população. Nesse contexto, “as figuras do Estado e do poder soberano voltam a ser importantes, pois ambos constituem a instância focal de gestão das políticas públicas” (FOUCAULT, 1988, p. 49).

Segundo Duarte (2006), é nesse ponto que consiste a importância da leitura foucaultiana “ali onde nosso sentido comum nos leva a louvar o caráter humanitário de intervenções políticas que visam incentivar, proteger, estimular e administrar o regime vital da população, ali também nosso autor descobre a contrapartida sangrenta dessa obsessão do poder estatal pelo cuidado purificador da vida” (p. 50). O regime biopolítico constitui-se como condição de possibilidade para que as equipes considerem como sua responsabilidade a saúde da população – neste caso traduzida com a “população adscrita”. Ao mesmo tempo, as forças de resistência insinuam-se também sobre as próprias equipes, através do questionamento: até onde devemos ir? Fuganti (2005, s/p), sintetiza a ideia anteriormente colocada por Duarte através de um dito popular: “o peixe morre pela boca”. Ou seja, a mesma via que serve para sua alimentação e, portanto, sobrevivência, também pode levá-lo à morte! A morte, neste caso, remete mais ao sentido de captura e homogeneização do que propriamente de término da vida. Porém, no contexto analisado, devemos considerar também o sentido literal da morte, pois as ações desencadeadas ou deixadas de serem desencadeadas podem

ter o óbito como um de seus efeitos. Nesse sentido, o autor coloca que a questão essencial é interrogar o que as ajudas prometidas – seja pelas políticas públicas ou qualquer outra instância – escondem. Esse nível de questão nem sempre é fácil de ser visibilizado, ainda mais quando estamos posicionados de modo sobreimplicado em relação às problemáticas relacionadas às PVHA. Ou seja, quando estamos numa posição de militância ou defesa que nos torna cegos em relação a determinadas dimensões do fenômeno ao qual nos colocamos em defesa, impedindo que façamos uma crítica em relação às nossas posições.

Mas, é necessário deixar claro: problematizar o que as ajudas escondem é diferente de deixar de designar formas de ajuda, como a construção de políticas públicas.

Em relação ao tema HIV-Aids, alguns estudos realizados já utilizaram a noção de biopolítica como ferramenta de problematização das estratégias de controle da epidemia, principalmente relacionadas a questão da prevenção (AMORIM; SZAPIRO, 2008; BARROS; COLAÇO, 2013; FUGANTI, 2005, 2008; OLTRAMARI, 2003). Muitos desses estudos partem de situações gerais que demandam reflexão no campo da Aids, não remetendo necessariamente a um campo específico de indagações, o que parece gerar, à primeira vista, uma certa angústia no leitor: então tudo é controle; então devemos combater essas políticas. Mas uma leitura mais atenta nos permite discernir que a diferenciação entre cuidado e controle é bastante sutil, móvel.

Dentro das discussões da biopolítica e sua relação com as práticas em saúde, Fuganti (2008) traz algumas contribuições bastante importantes. Em um de seus textos, indica que o conceito de biopoder é importante principalmente quando colocamos em análise propostas de mudança no campo da saúde, pois as propostas ditas inovadoras “podem permanecer reféns de velhos preconceitos, ou pior, de pré-julgamentos subterrâneos, como nossos próprios modos de vida o são. Ao se naturalizarem pelo senso comum, mudanças nas práticas, e particularmente nas práticas de saúde, revelam-se finalmente apenas como mudanças de fachada” (FUGANTI, 2008, s/p). Mas é em outro escrito, que constitui-se na transcrição de uma palestra proferida em Moçambique, em 2005, que o autor instiga a reflexão sobre que aspectos ou dimensões as propostas de ajuda escondem. Como exemplo, Fuganti (2005) coloca que a questão não é a defesa em relação ao uso ou não uso do preservativo. De saída, o autor ressalta a importância do uso do preservativo, já que ainda não foi inventada outra maneira de evitar a transmissão do HIV pela via sexual. A questão, no entanto, diz respeito ao que vem muitas vezes agregado à oferta do preservativo ou até mesmo

no lugar dela. Por exemplo, a ideia de abstinência sexual, ou a proposição de mudanças nos modos de se comportar, nos modos de fazer sexo.

Como ferramenta de reflexão sobre as intervenções profissionais e seu caráter de cuidado e/ou de controle, Fuganti (2005) nos apresenta as noções de ética e de moral. Segundo o autor, as relações de poder incentivam a moral, enquanto um conjunto de regras prescritas, e não uma ética: “A moral liga a vida ao que ela deve fazer, liga a existência ao que ela deve. Deve algo, deve fazer assim, não deve fazer assado. A ética faz ao contrário: ela liga a existência e a vida ao que esta pode. A vida pode, não deve. E o que a vida pode?” (s/p). Nesse sentido, trata-se de diferenciar as abordagens prescritivas das abordagens participativas e contextualizadas, que buscam colocar-se ao lado do outro e não sobre o outro para produzir uma diferença. O preservativo pode ser uma constante, mas a forma de negociar e se relacionar com ele exige um exercício de singularização. Do mesmo modo, a prática da busca ativa não pode ser interpretada, em si, como uma prática de controle, desde que busque construir, junto ao usuário, um plano possível para o seu acompanhamento – e não um plano prescrito para o seu acompanhamento. A saúde, como lembra Fuganti (2005, 2008) é um estado integral. Ou seja, não há como uma pessoa sentir-se saudável em relação ao HIV, mas doente em relação a outros aspectos, pois a sensação de saúde é por inteiro.

O desafio que se coloca aqui não é tanto o de prescrever formas de vida, mas sim, interrogar: o que pode essa vida? E é na relação com o usuário que a resposta poderá surgir, pois não está dada de antemão.

Portanto, a busca ativa das PVHA que não aderiram aos tratamentos após o diagnóstico, por si só, não constitui uma estratégia de controle, mas sim, a abertura de um fator de exposição, no qual tanto ações que remetem ao controle do outro quanto a resistências são possíveis. Em primeiro lugar, abrir esse fator de exposição significa um reconhecimento de que aquela vida é uma vida, conforme o sentido atribuído por Butler (2006, 2010, 2011). E que é uma vida que importa, que vale a pena ser investida. Por outro lado, o que orientaria a ação como controle ou cuidado seria o modo de se colocar em relação na realização da busca ativa desses usuários. O controle estaria mais relacionado aos imperativos colocados por parte da equipe sobre o usuário: você deve se tratar, você deve vir a unidade de saúde, você deve fazer os exames, você deve parar de beber, você deve começar a dormir cedo, você deve... O cuidado, por outro lado, diz respeito a tentativa de ativação da normatividade que é própria da vida, buscada em perguntas que busquem compreender como a pessoa vive, como ela está, que lugar tem o HIV na vida dela, quais os medos

e receios, o que é possível em relação ao tratamento. Segundo Fuganti (2005) “a ética não acredita que a vida deva alguma coisa, que a vida tenha falta de auto-organização e de autodeterminação. A vida se autodetermina e se auto-organiza. A ética, então, liga a vida ao que ela pode e não ao que ela deve” (s/p).

Em relação a interrogação sobre o que a vida deve e o que a vida pode, um dos participantes faz um relato que demonstra esse tensionamento, assim como a produção de um sentimento de esvaziamento ou falta de potência em relação ao viver:

A outra situação da mulher que não veio é isso, ela é profissional do sexo, usuária de crack, perdeu todos os filhos, perdeu a casa, perdeu tudo, está na rua. Nem casa tem mais onde morar. Então para essa não é o HIV, não é a sífilis que deu reagente também, é a vida. A vida dela é outra, assim. O HIV não mudou em nada a vida dela! (...) é mais uma coisa na vida dela, mas que não...” (Prof. 2).

É interessante considerar, aqui, o estudo de Rui (2012), que acompanhou as interações de usuários de crack em regiões da cidade de Campinas-SP e na Crackolândia, em São Paulo-SP. Ela cita exemplos de situações onde, externamente, poderíamos considerar que determinada pessoa “não se cuida”, sendo este o imaginário sobre as pessoas que “habitam” a crackolândia e/ou outros locais caracterizados como de uso de drogas. No entanto, na realização de sua etnografia concluiu que os usuários estabelecem uma gestão do uso de drogas que é permeado por modos peculiares de cuidado. Cita o exemplo de um homem que, durante alguns períodos, faz uso quase ininterrupto de crack durante dois ou três dias, sendo um período no qual ele praticamente não se alimenta, não dorme, não toma banho. Porém, ao reconhecer um limite nesta prática, dirige-se a uma marquise próxima a um mercado, onde consegue dormir, se alimentar e estabelecer algumas relações de cuidado, adentrando em um período que costuma ser chamado, entre os usuários de drogas de “período de hibernação”, sendo considerado um momento de recuperação. Nesse sentido, o ato de fazer uso abusivo de drogas como o crack não é necessariamente contraditório em relação ao ato de buscar comportamentos de cuidado e recuperação posterior, de modo “compensatório”, que evitem que a pessoa tenha um prejuízo maior em sua saúde ou que busque serviços para outras questões de saúde não relacionadas ao uso da droga. A reflexão despertada por Rui (2012) dialoga com as situações acima relatadas pelos profissionais pois interroga até que ponto os usuários “não se cuidam”, “não agregam nada em suas vidas”, ou até que ponto estabelecem um cuidado diferente daquele a que os profissionais estão habituados a prescrever e ter como expectativas.

Há que se considerar, ainda, que a inclusão que o diagnóstico de HIV muitas vezes não possibilita mais do que uma “inclusão precária”, termo designado por Haesbaert (2009) para se referir às formas de inclusão precárias e marginais: “tratam-se das formas pobres, insuficientes e, às vezes, até indecentes de inclusão” (p. 316).

Portanto, a função das equipes seria buscar diferentes estratégias de exposição e contato, capazes de estabelecer conexões com o usuário. Quando nos referimos às equipes, não se trata apenas das equipes de Atenção Básica, mas da rede de saúde em seu conjunto, sob o princípio de corresponsabilidade. Durante as entrevistas foi citada a necessidade de resgate das estratégias que envolvem a sociedade civil, como os grupos de mútua ajuda, que eram muito presentes no início da epidemia e perderam força ao longo dos anos. Ou de estratégias semelhantes aos redutores de danos, que acessam públicos considerados vulneráveis. Ou equipes que seguem os moldes dos consultórios na rua, abrangendo populações móveis que vivem ou estão temporariamente em ‘condição de’ ou desempenham atividades vinculadas à rua.

3.7. A FUNÇÃO MATRICIAMENTO.

Discutimos, ao longo da tese, uma série de situações que tensionam a relação com o território e a atenção em HIV-Aids. Essas tensões produzem também dilemas relacionados à atuação dos profissionais das equipes de ESF, demandando espaços de discussão e qualificação das práticas no processo de descentralização. Nesse sentido, elencamos dois casos-analisadores que possibilitam tanto evidenciar situações que tensionam as equipes de ESF, quanto a função estratégica do matriciamento para a problematização destas situações e construção de relações éticas de cuidado na atenção relacionada ao HIV-Aids.

Apresentamos, assim, dois casos considerados paradigmáticos. Eles expressam, por um lado, a ampliação do fator de exposição das equipes de ESF à complexidade da vida através da inserção em seus territórios de atuação. Por outro lado, tais casos possibilitam também interrogar: e o que fazemos com essa complexidade? Ou, inspirando-nos na interrogação realizada por Rodrigues⁴¹ (2010): o que as equipes fazem com o que escutam? Os casos a seguir relatados são também compreendidos como casos-analisadores, os quais expressam as forças, saberes e tensões

⁴¹ O título do texto de Rodrigues (2010) é “Narrativas pessoais em processos de tratamento da saúde – o que fazemos com o que nos contam?”

presentes na conformação de um fenômeno, assim como os modos pelos quais o grupo buscou estratégias para sua resolução. Os casos emergiram em reuniões de matriciamento, sendo possível a identificação de pontos de cristalização em relação ao fenômeno em xeque, assim como a emergência de processos de transformação.

Caso 1: “os filhos do paredão”

- E outra coisa que também rolou muita discussão foi um caso lá de uma guria que chegou no posto. Duas meninas chegam para fazer o pré-natal. Eles estão fazendo, né, o teste rápido de gravidez, de sífilis e de HIV. Então ela chegou lá e queria fazer todos os teste rápido. Ai ela fez e tava grávida. E ai a enfermeira disse - “ta, e teu companheiro?”

- E ela disse “ah, eu não sei de quem é esse nenê”.

- E a enfermeira disse “ah, tu faz programa?”.

Não, ela tem 6 suspeitos, porque são os 6 que estavam no paredão aquele dia.

- “ãh, paredão? Fale mais sobre isso, né!”. Ai se descobriu que tem um baile funk, as meninas se produzem, enchem a cara e vão para o baile funk. Ai tem uma certa hora do baile funk que as gurias vão para um muro e ai elas tiram as calcinhas e os caras também, e ai eles vão assim e enfileiram, os seis assim – não sei, naquele dia eram seis – os seis caras transam um atrás do outro, três gurias ali por exemplo, os caras vem ali e transam...

- E ai começa a ter essa dúvida, né, dos filhos do paredão. Quer dizer, o cara é filho de um daqueles, sei lá qual. Agora, então, com quem que a gente trabalha num caso desses? Ai nós começamos a conversar, e ai mesmo as enfermeiras “divinas e maravilhosas” que a gente já conversou muito: “ai que horror, a gente tem que acabar com isso, mas tu vê, onde está a mãe que deixa essa menina sair, mas a gente tem que falar com essa criança, que não sei o que, que são tudo menor de idade, tem que botar é polícia nesses baile, tem que fechar esses bailes”. Em resumo: a gente ia resolver os problemas da humanidade fechando o baile funk! Ai eu comecei a conversar com elas um pouco sobre que outra lógica a gente podia estar pensando: olha, a gente não tem poder para isso, essas gurias também não tem mãe. Isso vai acontecer! Então, assim, nós não somos polícia, nós não somos senhoras católicas da liga da moral e dos bons costumes. Nós somos serviço público de saúde, né!? O que que nós temos a ver com isso? Como vamos trabalhar com isso? É uma realidade! Então, vamos pensar que se elas estiverem fazendo algum método anticoncepcional, não tem risco de gravidez no paredão, pelo menos a gente já resolve um dos problemas, né! Porque depois já imaginou, como vamos fazer para o pj dessa criança: ter que fazer 6 caras fazer o teste! Ta, e depois, a coisa do anticoncepcional parece óbvia. Mas e o HIV, como é que a gente vai convencer essas gurias a usar camisinha? Olha, eu não sei, a única coisa que eu consigo imaginar é que nós temos que falar com elas! Porque elas vão ter que achar um jeito, não precisa ser nós, nós não temos como imaginar o jeito, porque nós não conseguimos imaginar esse jeito de transar. Então não vamos conseguir imaginar uma saída para um problema que a gente não consegue se meter dentro dele. Só eles podem imaginar. Agora, se elas se produzem, né, elas não estão... elas não foram estupradas. Elas se produziram, encheram a cara e foram para lá. Então, existe uma preparação, existe um ritual, bom, então de repente a gente pode introduzir uma camisinha feminina nesse ritual. Sei lá!? A gente pode... se a gente pegar uma guria dessas bem sem vergonha, bem da pá

virada, e ela aprender a botar camisinha com a boca, eu te garanto que vai ter fila para botar camisinha! (risos). Gente, tu precisava ver o que foi essa reunião! Essa foi numa das reuniões mensais que fizemos. Tinha de tudo: desde uns que se divertiam, umas que riam de nervosa, umas que planejavam mesmo fazer uma coisa semelhante, e umas que faziam assim “oóhhhhh”. (Matriciamento).

Esse caso evidencia o quanto as relações sexuais são passíveis de serem alvo de normatizações. As posições enunciativas oscilam entre o discurso policialesco (de controle e repressão), religioso (correção pela via moral) e da saúde. Autores como Amorim, Szapiro (2008), Oltramari (2003) e Barros, Colaço (2013) destacam o quanto a sexualidade é passível de ser submetida a prescrições e regramentos, justificados pelo saber científico em torno de doenças como a Aids ou outras DST. A dimensão do prazer é relegado a um plano inferior, predominando a noção de risco ou as expectativas em torno do que é considerado um modo de vida saudável, guiando prescrições de conduta que tendem a uma homogeneização das singularidades (AMORIM, SZAPIRO, 2008). Uma das funções do matriciamento é interrogar que saberes informam as condutas profissionais, a serviço de que se colocam as práticas profissionais: controle? Cuidado? Este caso também atualiza a problematização em torno do biopoder realizada por Fuganti (2005): não se trata de discutir o uso ou não uso do preservativo, mas sim, que outras demandas se acoplam ao uso do preservativo.

Cabe destacar que foi relatado que este caso-analisador só veio à tona após uma nova equipe assumir uma unidade de saúde, devido à transição de UBS para ESF. Esta nova equipe entrou mais engajada e na lógica da ESF, conhecendo melhor o território – e, nesse sentido, ampliando seu fator de exposição a complexidade da vida no território. Segundo relatado “Isso foi a equipe nova que trouxe. Não, a outra nem sabia que existia baile funk, eles não saiam de dentro da unidade. Ih, paredão então, nem pensar!” (Matriciamento).

Nesse sentido, indica-se um diferencial das equipes de ESF em relação às equipes de UBS tradicionais, principalmente no tocante a lógica de trabalho, mais sensível às provocações que o contato com o território disparam. Por outro lado, evidencia-se também um tensionamento exposto por Lemke e Silva (2010; 2011), segundo os quais a implementação de uma estratégia de trabalho territorial não pode ocorrer apenas através de uma lógica extensiva, mas também intensiva. A lógica extensiva implica a “descoberta” do território, o seu mapeamento e (re)conhecimento. Trata-se do processo que ocorreu na passagem da equipe de UBS para ESF acima descrita. Porém, a mudança intensiva implica uma mudança das práticas, com vistas a extensão territorial não se

tornar uma estratégia de captura e controle da população, mas sim uma estratégia de cuidado contextualizado.

Apresentamos, a seguir, o Caso 2: “Para que ter filho se ela já tem HIV?”:

Veio uma demanda:

- “ah, nós estamos com um problema lá, a equipe toda já discutiu esse caso, a gente não sabe bem o que vai fazer. Nós temos uma paciente que ela é HIV, o marido dela não é, e eles querem porque querem ter filho!”.

- E eu “ta, e ai?”.

- “sim, né, ela tem HIV!”.

- “tá, e aí, eu continuo sem saber qual é o problema. Tu não confia no tratamento?”

- “não, não é isso, é que assim, ah, sabe, para que ela quer tanto esse filho?!”

Não era nem o risco de passar para o marido, que eu achei que fosse a questão. Não. Era “para que ter filho se ela já tem HIV”, “correr esse risco, não poder amamentar”. E, aí eu disse “olha, nós vamos usar o teu caso aqui para a gente discutir”. Gente, como é que a gente faz pré-natal de uma mãe com HIV? Sabe, e aí se discutiu amamentação e tudo mais. Se discutiu a questão do desejo de ter filho: não tem vacina para não ter desejo de ter filho. Daí eu levei um negócio que o Ministério mandou, de gestação segura, que tu pode, mesmo que a mãe não tenha indicação de antirretroviral, se ela deseja ter filho e é um casal soro discordante, o médico acompanha. Ela começa a usar antirretroviral, o companheiro pode usar antirretroviral, como se fosse uma prevenção, um caso de acidente, mas como prevenção. “Ta, mês que vem tu vai cuidar o dia fértil, já aprendeu a cuidar o dia fértil? Mês que vem então nós vamos fazer assim: tu toma antirretroviral, transa sem camisinha”... Então tu pode fazer uma gravidez assistida desde o início. Ai então a enfermeira saiu daqui com um alívio, assim, “ah, então agora vai dar”. Mas era uma coisa assim, de outro mundo, nem achei que isso passasse pela cabeça dela, sabe. (Matriciamento).

Compreendemos que o caso, em si, se refere à situação levantada por um profissional na reunião de matriciamento: como proceder quando uma mulher HIV+, com um companheiro HIV-, expressa o desejo de engravidar? O caso torna-se um “caso-analisador” na medida em que é discutido pelo coletivo, produzindo interrogações que levam a desvios – ou seja, criação de outras respostas possíveis, ampliação do repertório de respostas. Pensamos que este caso, assim como o anterior, expressa um dos efeitos da biopolítica: a tentativa de controle que se expressa por uma via moral. O mesmo mecanismo de poder que possibilita a constituição de uma política pública que coloca o profissional de uma equipe frente a um usuário, na condição de efetivação de um cuidado em saúde, também possibilita que esse profissional considere saber o que é melhor para o outro, ou que desqualifique o outro, ou que incida de modo restritivo sobre seus direitos. Neste caso, o estigma está embutido no ato discriminatório, que consiste em considerar que uma mulher com HIV não poderia ou deveria engravidar. Esse pensamento é discriminatório na medida em que

implica em um tratamento desigual e restritivo, a partir do marcador HIV+. A potência deste caso reside justamente no fato da reunião de matriciamento poder tê-lo transformado em caso-analisador, o que implica no reconhecimento de um problema, na sua análise e nas suas possibilidades de resolução. O questionamento do porquê não poder engravidar, a explicitação das emoções e sentimentos envolvidos nessa opinião e o diálogo com o saber técnico-especializado foram capazes de produzir novas respostas ao problema apresentado, incidindo sobre aspectos cristalizados da realidade.

Os dois casos-analisadores evidenciam não apenas a cristalização de determinados aspectos, como principalmente a possibilidade de ruptura efetuada, demonstrando a importância e potência de espaços de discussão coletiva, como o matriciamento. Isso porque compreendemos que os processos de estigmatização podem ser considerados uma forma de institucionalização a qual todos estamos submetidos, visto que constitui nossas relações sociais. Nesse sentido, não se trata de culpabilizar ou individualizar o estigma ou discriminação, senão pensá-lo como uma força que circula pelas relações sociais, expressando-se em algumas ações, inclusive de profissionais de saúde.

Campos e Domitti (2007) caracterizam o matriciamento como uma metodologia de trabalho que visa “assegurar retaguarda especializada a equipes e profissionais encarregados da atenção a problemas de saúde” (p. 399). O apoio matricial oferta retaguarda assistencial e também suporte técnico-pedagógico às equipes. Surge como uma possibilidade de ampliação da clínica, fortalecendo a interdisciplinaridade e integração entre diferentes disciplinas e profissões (Campos e Domitti, 2007). Ao mesmo tempo, o apoio matricial surge como uma forma complementar de integração das ações e serviços, ao lado de outros mecanismos mais tradicionais, como a referência e contra-referência.

Ao enfatizarmos a “função-matricamento”, nos referimos a sua constituição como possibilidade de emergência e problematização de determinadas casos, constituindo-se como “espaço para arejamento” das práticas profissionais. Podemos pensar que é neste exercício, neste ato que se efetua uma clínica institucional, no qual a clínica é compreendida como um movimento de ruptura com aquilo que se apresenta de modo cristalizado. Passos e Barros (2001), ao abordarem a etimologia da palavra clínica, afirmam a compreensão de que ela não deve ser reduzida ao movimento de inclinar-se sobre o leito, mas sim, ao sentido de produção de desvio: “Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a

produção de um desvio” (p. 91). Pensamos que a função matriciamento reside justamente na produção de desvios, constituindo-se como uma importante estratégia do processo de descentralização, possibilitando a problematização do território, da sexualidade e dos processos de estigmatização da Aids na interação com as equipes de ESF.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS: OS MÚLTIPLOS TERRITÓRIOS DA ATENÇÃO EM HIV-AIDS

Afirmar a dimensão paradoxal do território implica em reconhecer a coexistência de sentidos múltiplos e, por vezes, contraditórios. A proximidade ou a distância em relação à unidade de saúde pode tanto facilitar quanto dificultar o acesso da população. Pode também produzir a interrupção de alguns fluxos, como aqueles direcionados ao serviço especializado ou a outra unidade de saúde. Sendo assim, a descentralização pode implicar tanto em uma ampliação de pontos de acesso, quanto na restrição de outros pontos ou fluxos.

Vimos que a utilização do território em uma perspectiva estritamente topográfica como mera ferramenta dos processos de trabalho das equipes de ESF não consegue dar conta da complexidade inerente a este processo de descentralização do cuidado da Aids para a Atenção Básica. Circunscrever a experiência do usuário a um limite territorial é, no nosso entendimento, o principal desafio de uma política de descentralização do cuidado para que este não se restrinja a uma perspectiva prescritiva e de controle. Haesbaert (2006) afirma que

Quando somos nós que definimos o território dos outros, de forma imposta, eles não estão de fato se territorializando, pois ser ‘territorializado’ por outros, especialmente quando completamente contra a nossa vontade e sem opção, significa desterritorializar-se. Assim, ‘reterritorialização’ implica um movimento de resistência – à desterritorialização imposta pelo movimento de territorialização comandado por outros” (p. 262-263).

Desse modo, a descentralização do cuidado não pode ser garantida exclusivamente por leis e portarias, pois implica uma escuta e uma atenção permanente aos elementos paradoxais que atravessam e constituem os modos de vida da população com a qual trabalhamos, evidenciando a indissociabilidade entre clínica e política⁴². Deleuze (1974) afirma que o paradoxo não se constitui como algo a ser resolvido, mas sim, como algo a ser explorado. É nesse sentido que afirmamos a potência da análise do território sob esta perspectiva. Esses múltiplos sentidos ficam ainda mais evidentes quando colocamos em análise, nesta tese, diferentes posições (gestão, equipes de saúde e usuários), evidenciando as tensões entre modos de intervenção, administração das políticas e ações e os modos de vida dessas populações.

⁴² Este ponto expressa de modo radical a indissociabilidade entre a clínica (compreendida como os modos de cuidar) e a política (relacionada aos modos de gerir e administrar modelos de cuidado).

A atualidade do estigma da Aids na interface com o processo de descentralização do cuidado junto à Atenção Básica envolve um campo problemático multidimensional que exige uma análise dos fluxos e das ações que ali se territorializam.

O percurso realizado nos possibilitou transitar por diferentes dimensões e configurações territoriais: espaços vazios ou não vistos, aglomerados de exclusão, espaços diferenciados, territórios de vulnerabilidade. Essas configurações territoriais são conformadas na relação estabelecida entre as pessoas e os espaços, dependendo também de condições de reconhecibilidade e de reconhecimento da vida que os habita. Entendemos que as equipes de ESF possibilitam a ampliação das condições de reconhecibilidade, ampliando o fator de exposição das equipes à complexidade da vida no território. No entanto, essa exposição também implica em trabalhar com a diferença nos modos de vida, de ser e estar no mundo, desencadeando respostas que oscilam entre a burocratização, a negligência e o controle.

A análise realizada também permitiu indicar que a Atenção Básica se coloca como um novo território para a atenção em HIV-Aids. Nesse processo, foi possível identificar tanto consonâncias quanto dissonâncias e tensionamentos entre as intenções das políticas públicas e os modos de vida da população. Entre as consonâncias, encontramos a ampliação do acesso ao diagnóstico e às ações de prevenção a uma população que passa a ter a possibilidade de acessar o diagnóstico em um serviço próximo de sua residência. Por outro lado, encontramos tensionamentos, atravessados pelas dimensões do estigma e da sexualidade, dificultando ou constringendo o acesso à unidade de saúde ou a outros espaços de tratamento. Em resposta a estes tensionamentos encontramos três variações discursivas, que remetem à fixação dos usuários ao território, à flexibilidade no uso do território pelos usuários e à interrogação da relação entre território e estigma. O discurso da fixidez remete à compreensão do território-zona, enquanto o da flexibilidade remete à noção de território-rede. O primeiro é consonante à “área adscrita” e diz respeito à lógica de delimitação de um espaço geográfico e populacional sobre o qual a atuação ocorre, visando responsabilizar a equipe, criar uma referência clara para a população, além de expressar o vínculo e a contextualização do cuidado. Por outro lado, o território-rede responde à circulação, à conectividade, que muitas vezes extrapola o limite geográfico previamente delimitado. Além disso, a delimitação geográfica não garante necessariamente o vínculo ou se coloca como instrumento de cuidado – podendo representar até mesmo um obstáculo. Apesar da distinção entre os dois conceitos, Haesbaert (2009) afirma que eles não são dicotômicos, pois os territórios-zona e os territórios-rede coexistem, uma vez que as

redes também conformam zonas de influência mais ou menos acentuadas, sobre as quais é possível estabelecer limites, ainda que nebulosos. Com isso, não se trata de dizer que um conceito se desenvolve em detrimento do outro, senão que podem funcionar de modo integrado. O território-zona possibilita o planejamento de ações em determinada perspectiva, colocando-se como ferramenta para o cuidado. É a delimitação do território e seu mapeamento que possibilita à ESF realizar a transformação de espaços vazios ou invisibilizados em espaços vistos e concretos. É esse movimento que traz a preocupação com as vidas de pessoas que muitas vezes nem os moradores próximos sabem que existem. Por outro lado, coloca-se também a questão de como lidar com aquilo que escapa a essa lógica e que muitas vezes tende a transformar o território, enquanto fixação, em uma meta ou objetivo, ao invés de um instrumento.

A noção de multiterritórios visa, em primeiro lugar, evidenciar que o território se constitui de modo estratificado, diferenciado, sendo estas também expressões de modos de vida e apropriação, de sociabilidade, de desigualdades sociais e econômicas. Visa também conformar uma concepção integrada do território, onde possamos reconhecer esta diversidade, as possibilidades de circulação, assim como os aspectos que inviabilizam ou restringem essa circulação.

Ao analisar uma epidemia complexa e com múltiplas estratificações deve-se buscar não uma homogeneização do território, mas sim, uma perspectiva de multiterritorialidade. Consideramos que seja um risco entender a descentralização apenas como um deslocamento ou transferência das ações dos serviços especializados para a Atenção Básica, se esse deslocamento tiver uma expectativa de substituição, através do qual os serviços especializados deixariam de existir ou perderiam sua função. A Atenção Básica não pode ser vista como panaceia, até mesmo porque enfrenta problemas estruturais independentemente da inserção ou não das ações de atenção em HIV-Aids. Entre esses problemas poderíamos citar a baixa cobertura, o modelo ainda presente das UBS tradicionais em detrimento das equipes de ESF, a rotatividade de profissionais, a baixa incorporação de tecnologias de cuidado específicas em algumas áreas como HIV-Aids. Como indicado na análise, a mudança extensiva das ações deve ser acompanhada por uma mudança intensiva, relativa à abordagem do problema. Ou seja, defender que o reconhecimento do outro como digno de ser visto e de viver não significa poder fazer com o outro qualquer coisa e a qualquer preço.

Haesbaert (2009), ao apresentar a multiterritorialidade, refere-se à possibilidade de habitar diferentes territórios, alguns com características mais zonais, outros com características mais

reticulares, e assim por diante. Segundo o autor, no entanto, somos impelidos ou constrangidos, possibilitados ou impossibilitados de transitar ou ocupar esses múltiplos territórios, segundo condições muito específicas – que, em nossa pesquisa, são as condições de vida dos usuários e as condições fornecidas pelo desenho das políticas de saúde e pela abordagem das equipes. Novamente afirmamos: não se trata de negar as contribuições da compreensão do território-zona sob o qual assenta-se a ESF, mas de problematizar seus limites, seus pontos de tensão e seus possíveis efeitos de exclusão, caso não seja considerada a experimentação dos territórios-rede.

REFERÊNCIAS:

- ABDALA, F.T.M.; NICHATA, L.Y. I. A abertura de privacidade e o sigilo das informações sobre o HIV/Aids das mulheres atendidas pelo Programa Saúde da Família no Município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n.2, p. 140-152, 2008.
- ABIA. **Anais do Seminário**: Descentralização das políticas e ações em saúde: impactos e desafios para o enfrentamento da epidemia de HIV/Aids. PIMENTA, C.; RAXACH, J.C., TERTO JR, V. (Orgs.). Realizado nos dias 01 e 02 de julho de 2010; Fortaleza-CE; Rio de Janeiro: ABIA, 2011.
- AGGLETON, P.; PARKER, R. **Campaña Mundial contra el SIDA 2002–2003**: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA. Marco conceptual y base para la acción. Ginebra, ONUSIDA (versión española, junio de 2002). Versión revisada, noviembre de 2002. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2002/9291732179_spa.pdf . Consulta em: 20 jan. 2012.
- ALENCAR, T.M.D.de; NEMES, M.I.B.; VELLOSO, M.A. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1841-1849, 2008.
- ALMEIDA, M.R.C.B; LABRONICI, L. M. A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 263-274, 2007.
- AMARANTE, P. **O homem e a serpente** – outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1996.
- AMORIM, C.M.; SZAPIRO, A.M. A domesticação das singularidades. Reflexões sobre o paradigma da prevenção – o caso da epidemia de HIV-Aids. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 646 – 657, 2008.
- ANDRADE, L.O.M.; BUENO, I.C.H.C.; BEZERRA, R.C. Atenção primária à saúde e Estratégia Saúde da Família. In.: CAMPOS, G.W.S. et al. (Orgs). **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo / Rio de Janeiro: Ed. Hucitec / Ed. Fiocruz, 2009. p. 783 – 836.
- ANTUNES, M.C.; PAIVA, V.S.F. Territórios do Desejo e Vulnerabilidade ao HIV entre Homens que Fazem Sexo com Homens: desafios para a Prevenção. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, p. 1125-1143, 2013.
- ARAGÃO, M. E., BARROS, M. B., OLIVEIRA, S. P. Falando de metodologia de pesquisa. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 18-28. 2005.
- ARONA, E.C. Implantação do matriciamento nos serviços de saúde de Capivari. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 18, suppl.1, p.26-36, 2009.

AYRES, J.R.C.M. et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In.: CAMPOS, G. et al. (Orgs.). **Tratado de Saúde Coletiva**. São Paulo: HUCITEC. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009a. p. 375 – 418.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In.: CZERESNIA, D. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2009b. p. 121 – 144.

AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; BUCHALA, C.M. Direitos humanos e vulnerabilidade na prevenção e promoção da saúde: uma introdução. In.: AYRES, J.R.C.M.; PAIVA, V.; BUCHALA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos**: prevenção e promoção da saúde. Livro 1: da doença à cidadania. Curitiba: Juruá Editora, 2012. p. 9 – 22.

BAIALARDI, K.S. O estigma da hanseníase: relato de uma experiência em grupo com pessoas portadoras. **Hansenologia Internationalis**, Baurú, v. 32, n. 1, p. 27-36, 2007.

BAREMBLITT, G. **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes** – teoria e prática. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.

BARROS, J.P.P.; COLAÇO, V.F.R. “Meu prazer agora é risco”: sentidos sobre sexualidade entre jovens de um grupo sobre saúde. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 25, n. 1, p. 59-80, 2013.

BARROS, R. D. B. **Grupo**: a Afirmação de um Simulacro. Porto Alegre: Sulina/Ed UFRGS, 2007.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BAUMAN, Z. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.

BELLENZANI, R.; SANTOS, A.O.; PAIVA, V. Agentes comunitárias de saúde e a atenção à saúde sexual e reprodutiva de jovens na estratégia saúde da família. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 637-650, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902012000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2014.

BORENSTEIN, M.S et al. Hanseníase: estigma e preconceito vivenciados por pacientes institucionalizados em Santa Catarina (1940-1960). **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. especial, p. 708-712, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61nspe/a09v61esp.pdf> . Acesso em: 5 jan. 2012.

BOURDIEU, P. Goffman, o descobridor do infinitamente pequeno. In.: GASTALDO, E. (Org.). **Erving Goffman** – desbravador do cotidiano. Porto Alegre: Tomo editorial, 2004. p. 11 – 12.

BRASIL. **5 passos para a implementação do manejo da infecção pelo HIV na Atenção Básica** – guia para gestores. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. **Boletim Epidemiológico Aids – DST**. Ano II, nº 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. **Guia orientador para a realização das capacitações para executores e multiplicadores em Teste Rápido para HIV e Sífilis e Aconselhamento em DST/Aids na Atenção Básica para gestantes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c.

BRASIL. **Portaria nº 77, de 12 de janeiro de 2012**. Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais. 2012.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011.

BRASIL. **Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009**.

BRASIL. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil: desafios para a equidade e o acesso**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. **Política Nacional de Humanização: Documento base para Gestores e Trabalhadores do SUS**. 4ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. **Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutica Singular**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. **HIV/Aids, hepatites e outras DST / Cadernos de Atenção Básica, nº 18 (Série A. Normas e Manuais Técnicos)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. **Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. 2006b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM399_20060222.pdf. Consulta em: 20 jun. 2012.

BRASIL. **Oficina de Aconselhamento em DST/HIV/AIDS para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Aconselhamento em DST, HIV e AIDS: diretrizes e procedimentos básicos**. Brasília, DF, 1999.

- BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001.
- BUSTO, M.J. et al. Actitudes y prácticas de los médicos de atención primaria ante el diagnóstico de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. **Enferm Infecc Microbiol Clin.**, v. 29, p. 490-496, 2011.
- BUTLER, J. Vida precaria. **Revista Contemporânea**, São Paulo, n. 1, p. 13-33, 2011.
- BUTLER, J. **Marcos de guerra**: las vidas lloradas. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- BUTLER, J. **Vida precaria**: el poder del duelo y la violencia. 1º ed. Buenos Aires: Paidós, 2006.
- CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In.: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229 – 266.
- CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 05 mai. 2014.
- CARRARA, S. A Aids e a história das Doenças Venéreas no Brasil. In.: PARKER, R. et al. (Orgs.). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994. p. 273 – 306.
- CARVALHO, C.M.L.; GALVÃO, M.T.G.; SILVA, R.M. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 94-100, 2010.
- CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 10ª ed. Petrópolis: Vozes, 2012.
- CASTIEL, L. D.; ALVAREZ-DARDET, C. **A Saúde Persecutória**. Os limites da responsabilidade. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007.
- CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault** – Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Ed. Autêntica, 2009.
- CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41- 65, 2004.
- CECILIO, L. C. de O. Modelos Tecno-assistenciais em Saúde: da Pirâmide ao Círculo, uma Possibilidade a ser Explorada. In: BRASIL/Ministério da Saúde. **VER-SUS Brasil**: caderno de textos. Brasília, 2004. p. 90-106.

COIMBRA, C.; NASCIMENTO, M.L. **Sobreimplicação**: práticas de esvaziamento político? Niterói: Universidade Federal Fluminense, 2004. Disponível em: http://www.slab.uff.br/exibetexto2.php?link=.%2Ftextos%2Ftexto22.htm&codtexto=22&cod=22&tp=t&nome_autor=>. Acesso em: 13 jun. 2013.

COSTA, J.F. O homoerotismo diante da Aids. In.: PARKER, R. et al. (Orgs.). **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumé-Dumará, 1994. p. 151 – 216.

DELEUZE, G. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

DELEUZE, G. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**. São Paulo: Perspectiva, 1974.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. Mil platôs – capitalismo e esquizofrenia. Volume 5. São Paulo, Ed. 34, 1997.

DUARTE, A. Biopolítica e resistência: o legado de Michel Foucault. In.: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Orgs.). **Figuras de Foucault**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006. p. 45 – 56.

EDMUNDO, K. et al. Vulnerabilidade ao HIV em favela do Rio de Janeiro: impacto de uma intervenção territorial. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, supl. 2, p. 127-134, 2007.

ERIBON, D. **Michel Foucault, 1926-1984**. São Paulo: Cia das Letras, 1990.

EWALD, F.; FONTANA, A. Nota. In.: FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008. p. XIII – XVIII.

FERRAZ, D.A.S.; NEMES, M.I.B. Cogestão e Prevenção das DST/Aids na Atenção Primária: Contribuições desde o Referencial dos Direitos Humanos e da Vulnerabilidade. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 3, 735-749, 2013.

FERRAZ, D.A.S.; NEMES, M.I.B. Prevenção das DST e Aids na atenção primária à saúde: reflexões sobre as práticas a partir do estudo de uma unidade de saúde da família. In.: PAIVA, V.; AYRES, JR.R.; BUCHALLA, C.M. (Orgs.). **Vulnerabilidade e Direitos Humanos: prevenção e promoção da saúde**. Livro 1 – Da doença À cidadania. Curitiba: Juruá, 2012. p. 271 – 311.

FERREIRA NETO, J.L. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FIGUEIREDO, L.C. **Matrizes do pensamento psicológico**. 7ª ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

FOREMAN, M.; LYRA, P.; BREINBAUER, C. **Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud**. Washington, D.C; Organización Panamericana de la Salud; 2003. Disponível em: http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ai/Stigma_report_spanish.pdf . Consulta em: 24 jan. 2012.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.L.; RABINOW, P. **Michel Foucault - Uma Trajetória Filosófica**. Para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2ª. Edição Revista. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 273 – 295.

FOUCAULT, M. **Segurança, território, população**: curso no Collège de France (1977-1978). São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. 9ª ed. São Paulo: Ed. Loyola, 2003.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 6ª ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2002.

FOUCAULT, M. **Os anormais**: curso no Collège de France (1974-1975). São Paulo: Martins Fontes, 2001.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade – A vontade de saber**. Volume 1. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir – história da violência nas prisões**. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade – O uso dos prazeres**. Volume 2. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1984.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.

FRANCO, T. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Gestão em redes**: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ –CEPESC – ABRASCO, 2006. p. 159 – 173.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.E. et al (Orgs.). **O trabalho em saúde – olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2ª ed. São Paulo: Ed. Hucitec, 2004. p. 55 – 124.

FREHSE, F. Erving Goffman: sociólogo do espaço. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 23, n. 68, p. 155 – 166, 2008.

FUGANTI, L. Biopolítica e produção de saúde – um outro humanismo? Texto elaborado a partir da conferência realizada durante o Seminário “A Humanização do SUS em debate”, realizado em Vitória, Espírito Santo, de 25 e 26 de Junho de 2008. Disponível em: <http://www.luizfuganti.com.br/escritos/textos/78-biopolitica-e-producao-de-saude-um-outro-humanismo>. Acesso em: 20 fev. 2014.

FUGANTI, L. Palestra de Luiz Fuganti sobre Saúde (HIV-Aids), no Posto Administrativo de Infulene, Maputo, Moçambique em agosto de 2005. Disponível em: <http://www.luizfuganti.com.br/escritos/ditos/88-palestra-de-luiz-fuganti-sobre-saude-hiv-aids-em-maputo-mocambique-ago2005-> . Acesso em: 20 fev. 2014.

- GANDRA, S.S.; TEIXEIRA, Z. Portadores de VIH/SIDA e HCC: dar voz a relatos de sofrimento. **Toxicodependências**, Lisboa/Portugal, v. 16, n.2, p. 49-70, 2010.
- GARCIA, M.R.V. Diversidade Sexual, Situação de Rua, Vivências Nômades e Contextos de Vulnerabilidade ao HIV/AIDS. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n 3, p. 1005-1019, 2013.
- GARCIA, S.; KOYAMA, M.A.H. Estigma, discriminação e HIV/Aids no contexto brasileiro, 1998 e 2005. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, p 72-83, 2008.
- GARRIDO, P.B. et al. Aids, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 72-79, 2007.
- GOFFMAN, E. **Estigma** – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2008.
- GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 7ª ed. São Paulo: Editora Perspectiva, 2003.
- GONÇALVES, H. **Peste Branca**: um estudo antropológico sobre a tuberculose. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2002.
- GUATTARI, F. **Revolução molecular**: pulsações políticas do desejo. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica**: cartografias do desejo. 7ª ed. rev. Petrópolis: Ed. Vozes, 2005.
- GUERRA, C. P. P.; SEIDL, E. M. F. Crianças e adolescentes com HIV/AIDS: revisão de estudos sobre revelação do diagnóstico, adesão e estigma. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 42, p. 59-65, 2009.
- GUIMARÃES, K.; MERCHÁN-HAMANN, E. Comercializando fantasias: a representação social da prostituição, dilemas da profissão e a construção da cidadania. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n.3, p. 525-544, 2005.
- GUIRADO, M. **Psicologia institucional**. São Paulo: EPU, 1987.
- GUIZARD, F.L; LOPES, M.R.; CUNHA, M.L.S.; Contribuições do Movimento Institucionalista para o estudo de políticas públicas de saúde. In.: MATTOS, R.A.; BAPTISTA, T.W.F. (Orgs.). **Caminhos para análise das políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 200 – 218.
- HACKING, I. **La construcción social de que?** Barcelona: PAIDÓS, 2001.
- HAESBAERT, R. **Do “Fim dos Territórios” à Multiterritorialidade**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2009.

HERRERA, C. et al. Relação entre médicos e pacientes com HIV: influência na adesão terapêutica e qualidade de vida. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n.2, p. 249-255, 2008.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. Uma doença no espaço público: a Aids em seis jornais franceses. **Physis: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, Suplemento, p.71-101, 2005.

HESS, R. Georges Lapassade (1924-2008), nosso mestre, nosso Amigo - Biografia. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.4, n.2, p. 243-267, 2008.

HESS, R. Do efeito Mühlmann ao princípio de falsificação: instituinte, instituído, institucionalização. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, p. 148 – 163, 2007.

INFANTE, C. et al. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México. **Salud Pública**, México, v. 48, n. 2, p. 141-150, 2006.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. **Psicologia & Sociedade**; Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 15-22, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v19n1/a03v19n1> . Acesso em: 01 mar. 2014.

KNAUTH, D.R.; VICTORA, C.G. A banalização da Aids. Trabalho Completo apresentado no XII Encontro Anual da ANPOCS, realizado entre 27 a 31 de outubro de 1998, Caxambu/MG. 1998. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&ved=0CCgQFjAC&url=http%3A%2F%2Fbiblioteca.clacso.edu.ar%2Far%2Flibros%2Fanpocs%2Friba.rtf&ei=T1KwU52WDbKgsQTR_oCwDA&usg=AFQjCNFVUvYUfp50ChfgzCSjhU80Gtckdw&bvm=bv.69837884,d.cWc . Acesso em: 20 fev. 2014.

LEMKE, R.A.; SILVA, R.A.N. Um estudo sobre a itinerância como estratégia de cuidado no contexto das políticas públicas de saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 979-1004, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v21n3/12.pdf> . Acesso em: 10 mar. 2014.

LEMKE, R.A; SILVA, R.A.N. A busca ativa como princípio político das práticas de cuidado no território. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 281-295, 2010. Disponível em: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/9036/7466>. Acesso em: 10 mar 2014.

LOURAU, R. Implicação e sobreimplicação. In.: ALTOÉ, S. (Org.). **Renè Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004a. p. 186 – 198.

LOURAU, R. O instituinte contra o instituído. In.: ALTOÉ, S. (Org.). **Renè Lourau: analista institucional em tempo integral**. São Paulo: HUCITEC, 2004b. p. 47 – 65.

LOURAU, R. **Análise Institucional e práticas de pesquisa** – René Lourau na UERJ. Rio de Janeiro: UERJ, 1993.

MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M.C.C. Loucura e subjetividade. In.: MACHADO, L. D.; LAVRADOR, M.C.C. ; BARROS, M.E.B.de (Org.). **Texturas da psicologia**: subjetividade e política no contemporâneo. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. p. 45 – 58.

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

MARTÍNEZ, H.D. La otra migración. Historias de discriminación de personas que vivieron con VIH en México. **Salud Mental**, v. 31, n. 4, p. 253-260, 2008.

MARTÍNEZ, E.N.R.; GAVÍDIA, N.G. Enfermedad y significación: Estigma y monstruosidad del VIH/SIDA. **Opcion**, v. 22, n. 50, p. 9-28, 2006.

MASSIAH, E. et al. Estigma, discriminación y conocimientos sobre el VIH/sida entre los médicos en Barbados. **Revista Panamericana de Salud Publica**, Washington/DC, v. 16, n. 6, p. 295-401, 2004.

MATOS, M.G.; BATTISTUTTA, D.; SIMÕES, C.; CARVALHOSA, S.F.; DIAS, S.; GONÇALVES, A. Conhecimentos e atitudes sobre o VIH/SIDA em adolescentes portugueses. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Portugal, v. 4, n. 1, p. 3-20, 2003.

MELCHIOR, R. et al. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 87-93, 2007.

MÊNDES-LEITE, R; BANENS, M. **Vivre avec le VIH**. Paris: Calmann-Lévy, 2006.

MERHY, E.E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

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 de Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 51-76, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-026X2004000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 15 abr. 2014.

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

MONCEAU, G. Implicação, sobreimplicação e implicação profissional. **Fractal Revista de Psicologia**, Niterói, v. 20, n. 1, p. 19 – 26, 2008.

MONTEIRO, S.; VILLELA, W.V.; KNAUTH, D.R. Discrimination, stigma, and AIDS: a review of academic literature produced in Brazil (2005-2010). **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 170-176, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000100018&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 mar. 2014.

MORRISON, K. Breaking the cycle: stigma, discrimination, internal stigma and HIV. United States Agency for International Development (USAID). 2006. Disponível em: http://www.policyproject.com/pubs/generalreport/Breaking_the_Cycle.pdf. Acesso em: 25 fev. 2014.

NAFFAH NETO, A. O Estigma da Loucura e A Perda da Autonomia. **Bioética – Revista do Conselho Federal de Medicina**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 81-88, 1998.

NARDI, H.C. Relações de gênero e diversidade sexual: compreendendo o contexto sociopolítico contemporâneo. In.: NARDI, H.C.; SILVEIRA, R.S.; MACHADO, P.S. (Orgs.). **Diversidade Sexual, Relações de Gênero e Políticas Públicas**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2013. p.15-31.

OLIVEIRA, D. L. L. C. 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, 2004.

OLTRAMANI, L.C. A Biopolítica da AIDS: Formas de Prevenção ou Controle? **PerCursos**, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 211-221, 2003.

ONUSIDA. **Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH**: estudios de caso de intervenciones exitosas. Ginebra; ONUSIDA; 2005. 75 p. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/un aids/2005/9291733784_spa.pdf . Acesso em: 22 jan. 2012.

PAIVA, V. Sem mágicas soluções: a prevenção e o cuidado em HIV/ AIDS e o processo de emancipação psicossocial. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v.6, n.11, p.25-38, 2002.

PAIVA, V. **Fazendo arte com a camisinha** – sexualidades jovens em tempos de Aids. São Paulo: Summus, 2000.

PAIVA, V. et al. Sem Direito de Amar?: A Vontade de Ter Filhos Entre Homens (e Mulheres) Vivendo Com o HIV. **Revista Psicologia USP**, v. 13, n. 2, p. 105-133, 2002.

PAIVA, V.; SEGURADO, A.C.; FILIPE, E.M.V. A revelação da soropositividade por homens bissexuais e heterossexuais para parceiros sexuais: um desafio para o cuidado e a prevenção do HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 1699-1710, 2011.

PALÁCIO, M.B.; FIGUEIREDO, M.A.C.; SOUZA, L.B. O Cuidado em HIV/AIDS e a Atenção Primária em Saúde: Possibilidades de Integração da Assistência. **Revista Psico (PUCRS)**, Porto Alegre, v. 43, n. 3, p. 360-367, 2012.

PARKER, R. **Na contramão da Aids**: sexualidade, intervenção, política. Rio de Janeiro: ABIA; São Paulo: Ed. 34, 2000.

PARKER, R.; AGGLETON, P. HIV and Aids-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. **Social Science & Medicine**, 57, 13-24, 2003. Disponível

em: <http://pt.scribd.com/doc/30971656/Parker-Aggleton-2003-Stigma-1>. Acesso em: 15 mar. 2014.

PARKER, R.; AGGLETON, P. **HIV/AIDS-related Stigma and Discrimination: A conceptual framework and an Agenda for Action**. Horizons Program, 2002.

PARKER, R.; CAMARGO JR. K.R. Pobreza e HIV-Aids: aspectos antropológicos e sociológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, supl. 1, p. 89 - 102, 2000.

PASCHE, D.F. et al. O paradoxo das políticas de descentralização de saúde no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública / Pan American Journal of Public Health**, v. 20, p. 416-422, 2006.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica (PUC-RJ)**, Rio de Janeiro, v. 13, n.1, p. 89-99, 2001.

PASSOS, E.H.; KASTRUP, V.; ESCOCIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Ed. Sulina, 2009.

PASSOS, E.H.; KASTRUP, V.; TEDESCO, S. Dossiê Cartografia: Pistas do Método da Cartografia - Vol. II. **Fractal Revista de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 217-220, 2013.

PAULA, I.A.; SANTOS, N.J.S. A prevenção às DST/Aids nos serviços de Atenção Básica no estado de São Paulo, 2012. In.: PAIVA, V.; CALAZANS, G.; SEGURADO, A. (Orgs.). **Vulnerabilidade de Direitos Humanos – prevenção e promoção da saúde**. Livro II: Entre Indivíduo e Comunidade. Curitiba-PR: Ed. Juruá, 2012. p. 219 - 240.

PAULON, S.M.; A análise de implicação com ferramenta na pesquisa-intervenção. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v.17, n.3, p.18-25, 2005.

PRADO FILHO, K. Considerações acerca do cuidado de si mesmo contemporâneo. In.: TEDESCO, S.; NASCIMENTO, M.L. (Org.). **Ética e Subjetividade: Novos impasses no contemporâneo**. Porto Alegre: Sulina, 2009. p. 231 – 245.

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2012.

RODRIGUES, H.B.C. **Narrativas pessoais em processos de tratamento da saúde – o que fazemos com o que nos contam?** 2010; s/p.

RODRIGUES-JÚNIOR, A.L.; CASTILHOS, E.A. A epidemia de AIDS no Brasil, 1991-2000: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 37, p. 312-317, 2004.

ROLNIK, S. Ninguém é deleuzeano. Entrevista a Lira Neto e Silvio Gadelha, publicada no **Jornal O Povo**, Caderno Sábado: 06. Fortaleza, 18/11/95. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/ninguem.pdf> . Acesso em: 10 jan. 2014.

RUI, T. *Corpos abjetos: etnografia em cenários de uso e comércio de crack*. Tese (doutorado) Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP: [s. n.], 2012. Orientador: Heloisa Andre Pontes. Co-orientador: Simone Miziara Frangella.

SANTOS, B.S. A territorialização/desterritorialização da exclusão/inclusão social no processo de construção de uma cultura emancipatória. Exposição realizado no Seminário: “Estudos Territoriais de desigualdades sociais”, 16 e 17 de maio de 2001, no auditório da PUC/SP.

SANTOS, E.C.M.dos; FRANÇA JR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. **Revista de Saúde Pública, São Paulo**, v. 41, n. 6, p. 64-71, 2007.

SAWAIA, B. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In.: SAWAIA, B. (Org.). **As artimanhas da exclusão**. Petrópolis: Ed. Vozes, 2008. p. 97 – 118.

SEFFNER, F. Obscenidades extraídas do diário de campo levam a pensar sobre direitos sexuais. In.: PENALVO, C.; BERNARDES, G.C.; ZAGO, L.F. (Orgs.). **Cadernos Obscenos: a erotização do conhecimento**. Porto Alegre: SOMOS, 2009, p. 13 – 25.

SEKONI, O.O.; OWOAJE, E.T. HIV/Aids stigma among primary health care workers in Ilorin, Nigeria. **African Jornal Medicine Science**, v. 42, n.1, p. 47 – 57, 2013.

SEOANE, A.F.; FORTES, P.A.C. A Percepção do Usuário do Programa Saúde da Família sobre a Privacidade e a Confidencialidade de suas Informações. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.1, p.42 - 49, 2009.

SILVA, C.R.C. A Amizade e a Politização de Redes Sociais de Suporte: reflexões com base em estudo de ONG/Aids na Grande São Paulo. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.18, n.4, p.721-732, 2009.

SILVA, L.A.V.; OLIVEIRA, R.F; FRANCO, A.L.S. Inserção do psicólogo em programas de atenção primária à adolescência: uma experiência em Salvador-BA. **Psicologia Reflexão e crítica**, v. 11, n. 3, p. 605 – 620, 1998.

SILVA, L.M.S. et al. Integralidade em saúde: avaliando a articulação e a co-responsabilidade entre o Programa Saúde da Família e um serviço de referência em HIV/aids. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 97 – 104, 2005.

SILVA, N.E.K.; AYRES, J.R.C.M. Estratégias para comunicação de diagnóstico de HIV a parceiros sexuais e práticas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 8, p. 1797-1806, 2009.

SINGER, M. AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor – The perspective of critical medical anthropology. **Soc. Sci. Med.**, v. 39, n. 7, p. 931-948, 1994. Disponível em: http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0CCoQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F15207368_AIDS_and_the_health_crisis_of_the_U.S._urban_poor_the_perspective_of_critical_medical_anthropology%2Ffile%2F0b49525468a098550.pdf&ei=-8xpU7-ePM-gsATLzoCwBg&usg=AFQjCNE1beHvYaz5sit_qan-jed26cOmPA&bvm=bv.66111022,d.aWw . Acesso em: 12 dez. 2013.

SONTAG, S. **Doença como metáfora** – Aids e suas metáforas. São Paulo: Companhia das letras, 2007.

SOUSA, M.C.P.; SANTO, A.C.G.E.; MOTTA, S.K.A. Gênero, vulnerabilidade das mulheres ao HIV/Aids e ações de prevenção em bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 58-68, 2008.

SOUSA, P.K.R. et al. Vulnerabilidades presentes no percurso vivenciado pelos pacientes com HIV/AIDS em falha terapêutica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n.2, p. 202-207, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000200008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 25 mar. 2014.

SMS-POA. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Boletim Epidemiológico**. Ano X, Número 36, fevereiro, 2008.

SMS-POA. Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. **Proposta de plano integrado SMS UNAIDS – AIDS TCHÊ**. 2012. Disponível em: http://www.unaids.org.br/documentos/Proposta_plano_integrado.pdf . Acesso em: 26 out. 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO / Ministério da Saúde, 2002.

STELLA, I.M.; QUALISONI, C.M.D.; MOISYN, D.C. Aids em Porto Alegre. **Boletim Epidemiológico** (Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre), ano XIII, nº 45, maio de 2011, p. 2 - 3.

THORNICROFT, G. et al. Padrão global de discriminação experimentada e antecipada contra pessoas com esquizofrenia: estudo transversal. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v.12, n.1, p.141-160, 2009.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisas de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

UNAIDS. **Reducir el estigma y la discriminación por el VIH**: una parte fundamental de los programas nacionales del sida - Recurso para las partes interesadas en la respuesta al VIH en los diferentes países. Ginebra. ONUSIDA. 2008. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/unaid/2008/9789291737048_spa.pdf. Consulta em: 20 jan. 2012.

UNAIDS. **Non-discrimination in HIV responses**. 26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Geneva, Switzerland, 22 – 24 June 2010. UNAIDS/PCB(26)/10.3. 3 May 2010. Disponível em:

http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100526_non_discrimination_in_hiv_en.pdf . Consulta em: 20 jan. 2012.

VEIGA-NETO, A. **Foucault e a Educação**. 3^a ed. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2011.

VENTURINI, E. A virtude da indignação. **Mnemosine**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 16-27, 2008.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WATSON, R. Lendo Goffman em interação. In.:GASTALDO, E. (Org.). **Erving Goffman**: desbravador do cotidiano. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2004.

WINKLER, G.B. et al. Teste rápido para o HIV e a sífilis, um enfrentamento a epidemia de Aids em Porto Alegre. **Boletim epidemiológico** (Secretaria Municipal da Saúde de Porto Alegre), ano XIV, nº 48, maio de 2012, p. 1 – 3.

WOLFFENBUTTEL, K; CARNEIRO, N. Uma breve história dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) enquanto organização tecnológica de prevenção de DST-Aids no Brasil e no estado de São Paulo. **Saúde Coletiva**, v. 4, n.18, 2007. São Paulo/Brasil. p. 183 – 187.

ZAMBENEDETTI, G. A atenção em HIV-Aids em uma unidade da Estratégia Saúde da Família no município de Porto Alegre-RS. **Trabalho de Conclusão da Residência Integrada em Saúde**, Ênfase em Dermatologia Sanitária. Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul. 2010.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. "A via que facilita é a mesma que dificulta": estigma e atenção em HIV-Aids na estratégia saúde da família - ESF. **Fractal Revista de Psicologia**, Niterói, v. 25, n. 1, p.41-58, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-02922013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 01 set. 2013.

ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N.S. Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. **Polis e Psique**, Porto Alegre, v.2, n.1, p. 99-119. 2012. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/PolisePsique/article/view/30512/25707>. Acesso em: 01 set. 2013.

ZUCCHI, E.M. et al. Estigma e discriminação vividos na escola por crianças e jovens órfãos por Aids. **Revista Educ. Pesquisa**, São Paulo, v. 36, n. 3, p. 719-734, 2010.

REPORTAGENS DE JORNAIS:

ANDRADE, G. Casos de Aids no RS alertam autoridades sanitárias (capa). Casos de Aids põem o Estado em alerta (p. 17). JORNAL CORREIO DO POVO, Edição Impressa, 04/12/2011.

BONANNO, L. SP não está preparada para atender HIV na atenção básica, diz secretário. Site UOL. 24/01/2014. Disponível em: <http://noticias.uol.com.br/saude/ultimas-noticias/redacao/2014/01/24/sp-nao-esta-preparada-para-atender-hiv-na-atencao-basica-diz-secretario.htm> . Acesso em: 27/01/2014.

ELY, L. Porto Alegre continua líder no ranking de Aids. JORNAL ZERO HORA, Edição online, 07/07/2012. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2012/07/porto-alegre-continua-lider-no-ranking-de-aids-3813618.html> . Acesso em: 05/02/2014.

ZERO HORA. RS é o Estado com maior índice de casos de Aids por habitante, aponta Ministério. JORNAL ZERO HORA, edição online, 28/11/2011. Disponível em: <http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/noticia/2011/11/rs-e-o-estado-com-maior-indice-de-casos-de-aids-por-habitante-aponta-ministerio-3577270.html> . Acesso em: 05/02/2014.

ANEXOS

Anexo 1) Roteiro Grupos Focais – Trabalhadores equipe de ESF

- Qual o tempo médio de atuação dos profissionais na equipe?
- Neste tempo de atuação, como têm sido pensadas as ações de atenção em HIV-Aids?
- O que cabe a cada profissional da equipe na atenção em HIV-Aids?
- Como foi o início da participação da equipe no processo de descentralização das ações em HIV-Aids para a Atenção Básica?
- Que receios esse processo despertou na equipe?
- Depois de cerca de um ano, como vocês percebem esse processo atualmente?
- Quais os diferenciais da ESF neste campo de atenção?
- Quais são as implicações, para os usuários, decorrentes de se tratarem em um serviço de saúde próximo a sua residência?
- Poderiam citar casos que envolvem a questão do HIV e que foram alvo de discussão na equipe? Ou que deveriam ser?
- Como a equipe lida com a questão do sigilo diagnóstico?
- Quem tem acesso ao prontuário na unidade?
- Qual a percepção de vocês sobre estigma e discriminação?
- A dimensão do estigma é considerada no planejamento de ações? Exemplo?
- Gostariam de acrescentar algo mais?

Anexo 2) Roteiro de entrevista – Gestão da política municipal de DST/HIV-Aids

- Como ocorreu sua aproximação com o campo da gestão das políticas em HIV-Aids?
- Como está organizada a prevenção e assistência na política de HIV-Aids em Porto Alegre.
- Qual o papel da Atenção Básica?
- Qual a dimensão da proposta de descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica? Como ela surgiu e como vem se desenvolvendo?
- Que questões/tensões/problemas têm emergido nesse processo?
- Como você avalia esse processo?
- Como você considera a questão do estigma no atual curso da epidemia?
- A dimensão do estigma é considerada no planejamento de ações? Exemplo?
- As ações na Atenção Básica pressupõe uma proximidade com o território de vida das pessoas. Que implicações isso traz para a atenção (prevenção/assistência) em HIV-Aids?
- Como esse trabalho que está sendo realizado dialoga com a política estadual e federal (Ministério da Saúde)?

Anexo 3) Roteiro Entrevista – Matriciamento

- Como se deu sua aproximação do processo de descentralização da atenção em HIV-Aids?
- Como se organiza e funciona a equipe de matriciamento?
- Como é a relação da equipe de matriciamento com a Atenção Básica?
- Que questões surgem no processo de matriciamento (da Atenção Básica para a equipe de matriciamento e, no sentido contrário, da equipe de matriciamento para a Atenção Básica)?
- Como você avalia/percebe o processo de descentralização da atenção em HIV-Aids para a Atenção Básica?
- Como você percebe a atenção realizada no SAE/CTA em relação a atenção realizada na ESF? Quais as diferenças? Quais as especificidades da ESF?
- Como você considera a questão do estigma no atual curso da epidemia?
- A dimensão do estigma é considerada no planejamento de ações? Exemplo?
- As ações na Atenção Básica pressupõe uma proximidade com o território de vida das pessoas. Que implicações isso traz para a atenção (prevenção/assistência) em HIV-Aids?

Anexo 4) Roteiro de entrevista – PVHA diagnosticadas na ESF.

Iniciais: _____ Idade: _____ Data: _____

Gênero: _____.

Escolarização: _____.

Como é o local onde você mora, o bairro?

Com que frequência você acessa a unidade de ESF?

Seu diagnóstico foi realizado na unidade de ESF?

Já havia feito o teste anti-HIV anteriormente?

Como soube que o teste anti-HIV era realizado na unidade?

Como se sentiu fazendo o teste na unidade e como foi o processo de testagem?

Como está sendo fazer o acompanhamento na própria unidade de ESF?

Quais pessoas da equipe têm acesso ao seu diagnóstico?

Como tem sido sua experiência em conviver com o HIV?

Que fatores facilitam e que fatores dificultam o seu tratamento?

Anexo 5) Roteiro entrevista – Usuários que realizaram o teste para HIV na unidade de ESF.

Iniciais: _____ Idade: _____ Data: _____

Gênero: _____.

Escolarização: _____.

- Como é o local onde você mora, o bairro?

- Com que frequência você acessa a unidade de ESF?

- O que motivou você a fazer o teste?

- Já havia feito o teste anti-HIV anteriormente?

- Como soube que o teste anti-HIV era realizado na unidade?

- Percepção sobre a realização do teste na unidade (incluindo o aconselhamento)?

- Conhece outras pessoas vivendo com HIV-Aids?

- Sobre estigma/preconceito em relação ao HIV-Aids

- Sobre a proximidade da unidade de saúde para a realização do teste para HIV

Anexo 6) Roteiro entrevista – Conselho Local de Saúde (CLS)

- Há quanto tempo reside nesta comunidade?
- Falar um pouco sobre a vida nesta comunidade.
- Há quanto tempo faz parte do CLS?
- Como é a história do CLS?
- O que compreende como função do CLS?
- Quando começaram as ações em HIV-Aids na unidade de saúde? Como você soube?
- Qual o seu papel nesse processo?
- Como é o seu contato com os usuários nas ações de prevenção?
- Conhece pessoas com HIV-Aids na região?
- Gostaria de acrescentar mais alguma coisa?

Anexo 7) Caracterização dos participantes da pesquisa:

Nome (iniciais): _____

Gênero: _____.

Profissão: _____.

Escolarização:

1º grau completo. 2º grau incompleto. 2º grau completo.

Curso Técnico. Superior incompleto.

superior completo: _____

pós graduação (especialização): _____

Pós-graduação (Residência Integrada em Saúde): _____

mestrado/doutorado: _____

Tempo de atuação profissional:

a) na Atenção Básica: _____.

b) na unidade atual: _____.

Já atuou em outros serviços de saúde?

Não Sim Qual (is)? _____

ANEXO 8) Situações discutidas no segundo encontro de restituição.

Situação 1) Desde o início do processo de testagem anti-HIV na unidade de ESF (em novembro de 2011) até fevereiro de 2013, 13 pessoas foram diagnosticadas com HIV nesta unidade. A proposta do pesquisador era entrevistar essas pessoas. Foi combinado que um profissional da equipe de ESF entraria em contato com elas, solicitando autorização para participação na pesquisa. Durante esse processo, apenas 3 pessoas conseguiram ser contatadas. As demais não foram encontradas: o telefone não era mais o mesmo, se mudou da área, não estavam em casa, etc. Isso levou a algumas perguntas: o que aconteceu com essas pessoas? Qual seria o papel da ESF nestes casos?

Situação 2) Ao analisar quem são as pessoas diagnosticadas com HIV-Aids na ESF, verificou-se que há certo número dessas pessoas consideradas pouco aderentes ao tratamento e que vivem situações de vulnerabilidade: prostituição, uso de drogas, etc. Uma das explicações é que estes usuários não aderem ao tratamento, assim como ‘não aderem a nada na vida’. Outra explicação seria de que existe uma dificuldade das próprias equipes de ESF, de modo geral, para lidar com populações vulneráveis, tendo mais facilidade para lidar com o ‘usuário-padrão’: aquele que vem na consulta na hora agendada, etc, deixando de investir ou não sabendo o que fazer em relação às situações de vulnerabilidade. Outra posição, ainda, lança uma dúvida: se é o usuário que abandona o tratamento ou se as equipes abandonam os usuários.
O que tem sido feito nestas situações e que outras possibilidades existiriam?

Situação 3) Uma usuária que vive com HIV relata que uma ACS foi a sua casa um dia, após ela ter perdido uma consulta na unidade de ESF. A ACS teria lhe perguntado se estava tudo bem, respondendo ela que sim. A ACS então insistiu na pergunta, questionando se estava realmente tudo bem. Nesse momento a usuária percebeu que a ACS possivelmente estivesse se referindo ao seu acompanhamento para o HIV. Até aquele momento, pensou que a ACS não soubesse de nada. Relata não ter gostado muito de perceber que a ACS sabia de seu diagnóstico, pois moram próximo, já se conheciam “de vista” pelas relações de vizinhança. Ficou com receio que essa pergunta ocorresse na frente de outras pessoas, sendo que a usuária não revelou à família seu diagnóstico. Mas, ao mesmo tempo, pensou que a ACS era uma profissional e isso lhe garantiria resguardo das informações – afinal, como profissional, ela tinha o dever de manter o sigilo. A partir disso, ficou mais tranquila e passou a confiar no trabalho dela.

Anexo 9) TCLE – Gestão da Política municipal de HIV-Aids e profissional/matriciamento;

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Processos de estigmatização e produção de territórios de inclusão/exclusão: a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família”, realizada por Gustavo Zambenedetti, aluno de doutorado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

A pesquisa tem como objetivos investigar os processos de estigmatização e sua relação com o cuidado territorial na Estratégia Saúde da Família-ESF. Os participantes da pesquisa serão: os trabalhadores de uma equipe de ESF; os trabalhadores de uma equipe de matriciamento; o gestor da política municipal de DST/Aids; usuários que realizaram a testagem anti-HIV na unidade de ESF; usuários em acompanhamento na ESF em decorrência do diagnóstico de HIV/Aids.

Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre as peculiaridades da atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através de uma entrevista semi-estruturada, com duração prevista de 50 minutos, realizada em seu local de trabalho. A entrevista será gravada para posterior transcrição.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de se recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Gustavo Zambenedetti (42 9985 3889); Rosane Azevedo Neves da Silva 51 3308 5465; ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de porto Alegre (3289 2784).

Aceite de Participação Voluntária

Eu, _____, RG _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do participante

Gustavo Zambenedetti
Doutorando do PPGPSI-UFRGS

Rosane A. Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

Anexo 10) TCLE para os Usuários que realizaram o aconselhamento/teste anti-HIV na unidade da Unidade de Saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Processos de estigmatização e produção de territórios de inclusão/exclusão: a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família”, realizada por Gustavo Zambenedetti, aluno de doutorado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

A pesquisa tem como objetivos investigar os processos de estigmatização e sua relação com o cuidado territorial na Estratégia Saúde da Família-ESF. Os participantes da pesquisa serão: os trabalhadores de uma equipe de ESF; os trabalhadores de uma equipe de matriciamento; o gestor da política municipal de DST/Aids; usuários que realizaram a testagem anti-HIV na unidade de ESF; usuários em acompanhamento na ESF em decorrência do diagnóstico de HIV/Aids.

Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre as peculiaridades da atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através de uma entrevista semi-estruturada, com duração prevista de 20 minutos, realizada na Unidade de ESF. A entrevista será gravada para posterior transcrição.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. A não participação na pesquisa não acarretará prejuízos ao atendimento realizado na Unidade de Saúde. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de se recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Gustavo Zambenedetti (42 9985 3889); Rosane Azevedo Neves da Silva 51 3308 5465; ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de porto Alegre (3289 2784).

Aceite de Participação Voluntária

Eu, _____, RG _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante

Gustavo Zambenedetti
Doutorando do PPGPSI-UFRGS

Rosane A. Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

Anexo 11) TCLE para as PVHA, diagnosticadas na Unidade de Saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Processos de estigmatização e produção de territórios de inclusão/exclusão: a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família”, realizada por Gustavo Zambenedetti, aluno de doutorado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

A pesquisa tem como objetivos investigar os processos de estigmatização e sua relação com o cuidado territorial na Estratégia Saúde da Família-ESF. Os participantes da pesquisa serão: os trabalhadores de uma equipe de ESF; os trabalhadores de uma equipe de matriciamento; o gestor da política municipal de DST/Aids; usuários que realizaram a testagem anti-HIV na unidade de ESF; usuários em acompanhamento na ESF em decorrência do diagnóstico de HIV/Aids.

Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre as peculiaridades da atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através de uma entrevista semi-estruturada, com duração prevista de 30 minutos, realizada na Unidade de ESF. A entrevista será gravada para posterior transcrição.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. A não participação na pesquisa não acarretará prejuízos ao atendimento realizado na Unidade de Saúde. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de se recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Gustavo Zambenedetti (42 9985 3889); Rosane Azevedo Neves da Silva 51 3308 5465; ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre (3289 2784).

Aceite de Participação Voluntária

Eu, _____, RG _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante

Gustavo Zambenedetti
Doutorando do PPGPSI-UFRGS

Rosane A. Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

Anexo 12) TCLE – Trabalhadores da equipe de ESF.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “Processos de estigmatização e produção de territórios de inclusão/exclusão: a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família”, realizada por Gustavo Zambenedetti, aluno de doutorado do Programa de Psicologia Social e Institucional da UFRGS, sob a orientação da professora Rosane Azevedo Neves da Silva.

A pesquisa tem como objetivos investigar os processos de estigmatização e sua relação com o cuidado territorial na Estratégia Saúde da Família-ESF. Os participantes da pesquisa serão: os trabalhadores de uma equipe de ESF; os trabalhadores de uma equipe de matriciamento; o gestor da política municipal de DST/Aids; usuários que realizaram a testagem anti-HIV na unidade de ESF; usuários em acompanhamento na ESF em decorrência do diagnóstico de HIV/Aids.

Os dados produzidos visam proporcionar uma melhor compreensão sobre as peculiaridades da atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família, sendo sua participação de extrema relevância.

Sua participação ocorrerá através da participação em um grupo focal, com duração prevista de 1h:30min. O grupo ocorrerá em uma sala da unidade de ESF. O grupo será gravado em áudio para posterior transcrição.

A participação na pesquisa é de caráter voluntário. Não haverá pagamentos ou custos financeiros aos participantes. O anonimato dos participantes da pesquisa será mantido durante todo o processo de coleta e análise dos dados, assim como no processo de divulgação da produção científica. Ao participante será garantida a possibilidade de recusar a responder alguma questão, interromper a entrevista ou desistir desta sem sofrer qualquer tipo de penalização ou prejuízo pessoal.

Para qualquer dúvida ou esclarecimento você poderá entrar em contato com os pesquisadores pelos telefones: Gustavo Zambenedetti (42 9985 3889); Rosane Azevedo Neves da Silva 51 3308 5465; ou, ainda, na secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS (3308 5066) ou junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de porto Alegre (3289 2784).

Aceite de Participação Voluntária

Eu, _____, RG _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e concordo em participar dela.

Porto Alegre, _____ de _____ de 20_____.

Assinatura do participante

Gustavo Zambenedetti
Doutorando do PPGPSI-UFRGS

Rosane A. Neves da Silva
Professora do PPGPSI-UFRGS

Anexo 13) Parecer conclusivo sobre a tese



**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E INSTITUCIONAL**

PARECER CONCLUSIVO SOBRE A TESE

Parecer da Tese: "O PARADOXO DO TERRITÓRIO E OS PROCESSOS DE ESTIGMATIZAÇÃO DA AIDS NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE"

Autor: Gustavo Zambenedetti

Orientador: Profª. Drª. Rosane Neves da Silva

(se necessário, utilize outra folha)

A BANCA DESTACA DE FORMA
ELUCIDADA NA TESE A EXCELENTE
ARTICULAÇÃO ENTRE A PRODUÇÃO
DE DADOS DE CAMPO E AS CONSI-
DERAÇÕES TÉCNICAS. TRATA-SE DE
CONTRIBUIÇÃO ALTAMENTE VALIOSA
PARA AS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE
E, ESPECIALMENTE PARA A RESSPOSTA

Avaliação Final: BRASILEIRA A AIDS 30/05/2014

- APROVADO
 APROVADO COM CORREÇÕES
 NÃO APROVADO

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Henrique Caetano Nardi (PPGPSI - UFRGS)

Prof. Dr. Fernando Seffner (PPGEDU - UFRGS)

Profª. Drª. Vera Silvia Facciolla Paiva (USP)

Assinatura:

[Handwritten signatures of the examiners]