

## O OLHAR DE HIPÓCRATES: INIQUIDADES NAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA A PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Lucas Toriyama Ribeiro<sup>i</sup>; Carlos Henrique Lucas Lima<sup>ii</sup> (orientador)

Universidade Federal do Oeste da Bahia, <https://ufob.edu.br/>

**Resumo:** revisão bibliográfica acerca das atividades e *modus operandi* do CTA pela ótica das diretrizes do Ministério da Saúde, para posterior pesquisa de campo na Região Oeste da Bahia, mais especificamente na cidade de Barreiras. O estudo apoia-se principalmente em orientações, documentos e relatórios do Ministério da Saúde analisados por uma ótica *queer e* desconstrucionista consciente e crítica no que concerne à inserção de sujeitos historicamente marginalizados em políticas e serviços públicos de saúde no Brasil, analisando o acesso e equidade em saúde, se afinando para dados qualitativos e quantitativos das atividades de promoção e prevenção em saúde realizadas pelos CTA.

**Palavras-chave:** HIV/AIDS, LGBT, Região Oeste da Bahia, CTA, *queer*.

### Introdução

Este trabalho emerge da preocupação científico-exploratória no que concerne às políticas de saúde pública para o HIV/AIDS no Oeste da Bahia, surgindo como preâmbulo para uma pesquisa de campo que será realizada no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) de Barreiras. Como resultado destes trabalhos objetiva-se formular estratégias voltadas principalmente a seguimentos populacionais com potencial risco de infecção pelo HIV/AIDS, subsidiar melhorias na gestão em saúde do CTA e promover maior comunicação entre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) e o CTA, visando ao fortalecimento da Política Nacional de Prevenção Combinada de HIV/AIDS. Além disso, o trabalho pretende realizar uma elaboração teórica sobre as temáticas mencionadas por meio de uma visada *queer e* desconstrucionista, o que, assim entendemos, mostra-se extremamente relevante, uma vez que, *grosso modo*, as perspectivas daqueles e daquelas considerados anormais e, consequentemente, “grupos de risco”<sup>1</sup>, não são levadas em consideração quando da formulação de políticas públicas, em especial as de saúde.

### Aspectos gerais relacionados ao tratamento e prevenção HIV/AIDS no Brasil

Como pode ser observado nos últimos relatórios da UNAIDS, o número de infecções pelo vírus HIV tem subido vertiginosamente nos anos mais recentes, em especial nas

---

<sup>1</sup> Os chamados “grupos de risco” ainda se constituem como uma sombra tanto no que concerne ao entendimento amplo da população sobre as pessoas homossexuais, como, ainda, na visão do Estado e de suas políticas. No entanto, devido sobretudo ao labor militante de grupos vinculados aos Direitos Humanos, a partir da década de 1980 paulatinamente a expressão “grupo de risco” vem sendo substituída pelo conceito de vulnerabilidade. Para um maior aprofundamento quanto a essa questão, ver Carmo e Guizardi (2018).

populações jovens de homossexuais e homens que fazem sexo com homens (HSM). Estes, assim como travestis, pessoas trans, trabalhadoras do sexo e pessoas que usam álcool e outras drogas compõem os segmentos populacionais com maior prevalência para o HIV, apresentando índices superiores a outros segmentos populacionais brasileiros, sendo assim considerados públicos-chave das atividades intervencionistas do CTA, pelo menos em fundamento (BRASIL, [2018]).

Os centros de testagem e aconselhamento figuram como peça-chave na Política Nacional de Prevenção Combinada de HIV/AIDS. A prevenção combinada foca em diversos aspectos multidisciplinares que incluem principalmente três eixos principais: intervenções biomédicas, intervenções comportamentais e intervenções estruturais (BRASIL, 2017a).

Os CTA, com raízes ainda na década de 1980 com os COAS (Centro de Orientação e apoio Sorológico), sofreram alterações estruturais e em suas políticas norteadoras, até culminarem em um modelo no qual a função de apoiador matricial para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) parece sobrepujar seu caráter primordial de serviço de atendimento especializado ao observar-se o caráter deficitário desta abordagem. Dentre as redes de atenção à saúde que podem ser matriciadas pelo CTA, há enfoque especial na Atenção Básica (AB), haja vista duas funções primordiais deste nível de atenção: em primeiro lugar a de porta de entrada nos serviços de saúde oferecidos pelo SUS e, em segundo, sua característica de acompanhadora biopsicossocial a longo prazo do indivíduo e da história natural da doença (BRASIL, 2017b).

### **O impacto negativo da epidemiologia**

As pesquisas e intervenções em saúde no Brasil dão grande enfoque à epidemiologia do HIV/AIDS, ao passo que deixam de lado a análise das subjetividades (HAMANN et al, 2017). Este alicerce no raciocínio indutivo epidemiológico pode ser observado desde a implantação da Lei Orgânica da Saúde<sup>2</sup> no Brasil que fundamentou a maior parte das ações do SUS nesta ciência que parece ter arraigado em seu cerne os conceitos de Determinação Social da Doença (ROCHA; DAVID, 2015).

Os determinantes sociais de saúde (DSS) são condicionados pelos fatores intrínsecos à vida e ao trabalho dos sujeitos que influenciam nos problemas de saúde e fatores de risco (BUSS; PELLEGRINI, 2007). Os DSS podem ser dispostos de modo concêntrico, sendo que o indivíduo se encontra no meio delas. Partindo-se do centro desta ilustração pode-se citar,

<sup>2</sup> LEI N° 8.080, de 19 de setembro de 1990.

respectivamente: 1- fatores individuais, 2- redes sociais e comunitárias, 3- condições de vida e trabalho, 4- condições gerais socioeconômicas, culturais e ambientais (DAHLGREN; WHITEHEAD, 1991).

Ao passo que os DSS podem figurar como um termômetro e radar para intervenções médico-sociais efetivas, muitas vezes acabam por ofertar uma narrativa análoga ao olhar higienizador e moralizante que muito afeta os indivíduos LGBTQQI+ - sujeitos carreadores de um duplo estigma: a vulnerabilização gênero-sexual e o convívio com uma doença, por vezes latente, historicamente associada a condutas compreendidas como sórdidas e lascivas.

### **Histórico da epidemia de HIV/AIDS, Teoria Queer e movimentos desconstrucionistas**

O começo da década de 1980 foi marcado pelo alastro do que viria a ser identificado como a crise da imunodeficiência humana. Descobriu-se que o contato sexual era uma das principais formas de contágio e que a epidemia estava concentrada no grupo de jovens homossexuais. Essa inoportuna concentração neste segmento populacional fez com que a doença fosse rapidamente associada a este grupo, levando a demonização de suas práticas<sup>3</sup> (SÁEZ, 2007, p. 67).

Em um contexto de descaso do governo americano, surge o *ACT UP (AIDS Coalition to Unleash Power)*, movimento que aglutinou em coalisão grupos historicamente marginalizados (gays, lésbicas, usuários de drogas, trabalhadores do sexo, pessoas negras, imigrantes *sin papeles*<sup>4</sup>), constituindo um front de luta contra as iniquidades governamentais e mercadológicas<sup>5</sup>. O ativismo do *ACT UP* estimula, no verão de 1990, a criação do grupo *Queer Nation* (SÁEZ, 2007, p. 68).

Assim, o deslanche da crise do HIV é o estopim para críticas que iriam relacionar a construção social dos corpos, sua repressão, a homofobia, o sistema de sexo e gênero, o heterocentrismo, a luta de classes e o colonialismo a um denominador comum: um conjunto de complexas tecnologias de exclusão, exigindo estratégias articuladas de resistência dos sujeitos dissidentes, leia-se *queer* (SÁEZ, 2007, p. 69).

Chamamos a atenção, assim, para o fato de que foi o surgimento da epidemia de HIV/AIDS o elemento aglutinador de grupos aparentemente tão distintos, como os

<sup>3</sup> A relação sexual anal é uma prática comum na população de homens que fazem sexo com homens. Em relações sexuais entre sorodiscordantes aponta-se que a relação anal receptiva desprotegida é uma via mais suscetível para transmissão do HIV em comparação estatística com a relação anal insertiva e a relação oral sem ejaculação na cavidade oral (HALLAL et al, 2015).

<sup>4</sup> Imigrantes indocumentados.

<sup>5</sup> No que tange às iniquidades mercadológicas, frisa-se a crítica ao monopólio de poderosas indústrias farmacêuticas em tratamentos para o HIV/AIDS, restringindo o acesso à terapia medicamentosa a um seleto grupo de pessoas com alto poder aquisitivo.

homossexuais, imigrantes indocumentados, trabalhadoras do sexo, dentre outros. O HIV/AIDS, nesse sentido, muito embora a força de sua perversidade – sua potência de morte, possibilitou não apenas a criação de uma frente única de resistência à ganância capitalista das grandes farmacêuticas, como, ainda, fez emergir um poderoso contra discurso no âmbito da cultura. Os movimentos *queer* são disso exemplo.

Na contemporaneidade, os movimentos *queer*, ou como nomeia Leandro Colling (2015), movimentos de “dissidência sexual e de gênero”, têm produzido tensões nos entendimentos sociais sobre as sexualidades e os gêneros que escapam da heteronormatividade, bem como fissuras no modo de as pessoas soropositivas se relacionarem com o HIV/AIDS. Mesmo que aqui não nos disponhamos a examinar tais tensões, vale destacar que entendemos não só necessário como também imperativo que as políticas públicas levem em consideração, quando de sua elaboração, as miradas dos e das sujeitas que vivem com HIV/AIDS.

### **Problemáticas gerais dos CTA no Brasil**

Brasil (2008) publicou os resultados de uma pesquisa nacional promovida pelo Ministério da saúde que incluía a questão da garantia ao anonimato nos CTA de todo o Brasil, o achado foi que 43.3% dos estabelecimentos exigem a identificação do usuário. Entende-se que esta conduta pode ser uma das barreiras para o acesso das populações vulneráveis ao serviço ao passo que subvertem a ideia de que o anonimato, um dos princípios básicos e inaugurais deste serviço, minimiza os efeitos negativos do preconceito associado ao HIV/AIDS. Frisa-se que 60,9% dos CTA que estão presentes em unidades básicas de saúde optam pela obrigatoriedade da identificação, enquanto que esse percentual cai pela metade (27,6%) nos serviços não adscritos a nenhuma unidade de saúde.

Soares e Brandão (2013) associaram o não resgate de resultados de testes em um CTA no estado do Rio de Janeiro – percentual de 62.9%, excluindo-se gestantes – a fatores como o acolhimento precário, a não garantia de direitos como o anonimato e confidencialidade e o atraso na entrega de resultados.

Brasil (2008) aponta ainda que a maior parte das atividades extramuros<sup>6</sup>, especialmente na região nordeste, não são direcionadas às populações-chave. Quanto às atividades intramuros<sup>7</sup> direcionada a estes segmentos, a região nordeste fica atrás apenas da região sudeste. Neste contexto de iniquidade, atenta-se ainda a problemática da baixa

<sup>6</sup> Atividades realizadas diretamente na comunidade.

<sup>7</sup> Atividades circunscritas às dependências físicas dos CTA.

disponibilidade de insumos de prevenção de transmissão do HIV pelo uso de drogas, sendo que apenas 1,8% dos CTA na região nordeste possuem kits de redução de danos em detrimento a 15,9% nacionais.

O matriciamento das RAS por parte dos CTA é outro grande desafio. Muitas vezes, capacitações pontuais são referidas como matriciamento, associação equivocada uma vez que o matriciamento é um processo contínuo que contempla itens como relação de interconsultas, visitas as RAS, supervisão, comunicação, capacitação continuada e capacitação para aconselhamento. O espaço para o aconselhamento dentro das capacitações acaba muitas vezes sendo referido como escasso, causando frustrações nos profissionais dos serviços matriciados, uma vez que se nota a sobrepujação de tecnologias duras em detrimentos a tecnologias leves (ROCHA, 2016). Sobre esses conceitos, afirmam Silva, Alvim e Figueiredo:

As tecnologias em saúde são classificadas em três categorias: tecnologia dura, relacionada a equipamentos tecnológicos, normas, rotinas e estruturas organizacionais; leve-dura, que compreende todos os saberes bem estruturados no processo de saúde; e a leve, que se refere às tecnologias de relações, de produção de comunicação, de acolhimento, de vínculos, de autonomização (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008, p.292).

Quanto à natureza e princípios do aconselhamento, tanto quando realizado no próprio CTA, quanto nas RAS, é sugerido que o aconselhador evite postura diretiva e/ou protocolar, escapando da racionalidade científica e econômica e da perspectiva mercadológica imposta pelas relações de trabalho capitalista, da qual não foge o aconselhador. O aconselhamento-relação – em detrimento ao aconselhamento-instrução – ganha grande enfoque neste sentido, uma vez que se alicerça em meio a tecnologias leves, horizontalidade relacional, respeito às individualidades e protagonismo do paciente (GALINDO; FRANCISCO; RIOS, 2013).

### **Considerações finais**

Os *queer* e desconstrucionistas de entendimentos profundamente violentos e o contexto no qual se formularam foram imprescindivelmente marcantes e decisivos para as conquistas alcançadas por grupos historicamente marginalizados e estigmatizados, ensejando a criação de estratégias e políticas em âmbito mundial para o combate da epidemia do HIV/AIDS que, em teoria, não os invisibilizasse, mas prezasse pela equidade no tratamento e prevenção do vírus. Contudo, percebe-se que estes indivíduos, que figuram como população-chave nos fundamentos de estratégias preventivas, permanecem no exílio da memória e ações dos serviços de saúde ou encontram dificuldades no acesso, grandes contradições que podem estar contribuindo para o aumento no número de novas infecções

pelo HIV/AIDS. Em texto posterior, levaremos a cabo a pesquisa de campo e teceremos contribuições teóricas que defenderão uma maior participação do olhar dos sujeitos que vivem com HIV/AIDS na confecção de políticas públicas de combate a essa enfermidade.

### Referências

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Diretrizes para Organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017b.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Ministério da Saúde. Prevenção Combinada. [2018?]. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/público-geral/previna-se>>. Acesso em: 15 de fev. 2018.

BRASIL. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde; 2017a.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Centros de Testagem e Aconselhamento do Brasil - Desafios para a equidade e o acesso**. Brasília: MS; 2008.

CARMO, M. E.; GUIZARDI, F. L. O conceito de vulnerabilidade e seus sentidos para as políticas públicas de saúde e assistência social. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 3, e00101417, 2018.

COLLING, L. **Que os outros sejam o normal: tensões entre movimento LGBT e ativismo queer**. Salvador: Edufba, 2015.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and Strategies to promote social equity in health**. Stockholm: Institute for Future Studies, 1991.

GALINDO, W. C. M.; FRANCISCO, A. L.; RIOS, L. F. Proposições para a formação de aconselhadores em HIV/Aids. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 741-761, set. 2013.

HALLAL, R. C. et al. Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v.18, n.1, p. 169-182, 2015.

HAMANN, C. et al. Narrativas sobre risco e culpa entre usuários e usuárias de um serviço

especializado em infecções por HIV: implicações para o cuidado em saúde sexual. **Saude soc.**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 651-663, set. 2017.

ROCHA, K. B. et al. Transversalizando a rede: o matriciamento na descentralização do aconselhamento e teste rápido para HIV, sífilis e hepatites. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 22-33, jun. 2016.

ROCHA, P. R.; DAVID, H. M. S. L. Determinação ou determinantes? Uma discussão com base na Teoria da Produção Social da Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, n. 1, p. 129-135, 2015.

SÁEZ, J. El contexto sociopolítico de surgimiento de la teoría queer. De la crisis del sida a Foucault. In: CÓRDOBA, D.; SÁEZ, J., VIDARTE, P. **Teoria Queer: Políticas Bolleras, Maricas, Trans, Mestizas**. Madri: Egales Editorial, p. 67-76, fev. 2007.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008.

SOARES, P. S.; BRANDAO, E. R. Não retorno de usuários a um Centro de Testagem e Aconselhamento do Estado do Rio de Janeiro: fatores estruturais e subjetivos. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 703-721, set. 2013.

---

<sup>i</sup> Graduando em Medicina pela Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFOB). E-mail: lucas.toriyama@hotmail.com.

<sup>ii</sup> Doutor em Cultura e Sociedade pela Universidade Federal da Bahia (UFBA). E-mail: carlos.lucas@ufob.edu.br.