

ANAIIS DO SEMINÁRIO **coro de vozes numa teia de significados:**

sobre o cuidado às pessoas vivendo com **HIV/AIDS**
na Rede de Atenção à Saúde



ANAIS DO SEMINÁRIO

coro de vozes numa teia de significados:

sobre o cuidado às pessoas vivendo com **HIV/AIDS**
na Rede de Atenção à Saúde

Rio de Janeiro,
11 e 12 fevereiro de 2020

Coordenadores do projeto:

Ivia Maksud e
Eduardo Melo

Projeto Gráfico e Diagramação:

Júlia Baptista

Comissão Organizadora do evento:

Ivia Maksud,
Eduardo Melo,
Jorginete Damião e
Fátima Rocha

Revisão Técnica:

Ivia Maksud,
Eduardo Melo,
Jorginete Damião e
Fátima Rocha

Transcritores:

Ygor Vinnícius Silva e
Tatiana de Moura

REALIZAÇÃO:**Relatoria:**

Júlia Baptista

Relatoria dos Grupos de Trabalho:

Luziana Silva,
Letícia de Oliveira,
Juan Carlos Raxach,
Lucas Melo e
Tatiana de Moura

**APOIO:****Arte para o material de divulgação:**

Lucia Regina Pantojo

É permitida a reprodução total ou parcial dos artigos dessa publicação, desde que citada a fonte.
Distribuição gratuita.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Anais do Seminário Coro de Vozes (2. : 2020 :
Rio de Janeiro)
Anais do Seminário Coro de Vozes numa teia de
significados [livro eletrônico] : sobre o cuidado às
pessoas vivendo com HIV/Aids na rede de atenção à
saúde / [organização Ivia Maksud ... [et al.]]. --
1. ed. -- Rio de Janeiro : Ivia Maria Jardim Maksud,
2020.

PDF

Outros organizadores: Eduardo Alves Melo, Fátima
Rocha, Jorginete de Jesus Damião
Vários autores
ISBN 978-65-00-11101-9

1. AIDS (Doença) 2. AIDS (Doença) - Aspectos
sociais 3. AIDS (Doença) - Prevenção - Congressos
4. Cuidados de saúde 5. HIV (Vírus) 6. SUS (Sistema
Único de Saúde) I. Maksud, Ivia. II. Melo, Eduardo
Alves III. Rocha, Fátima. IV. Damião, Jorginete de
Jesus. V. Título.

20-47419

CDD-362.196979206

Índices para catálogo sistemático:

1. HIV-AIDS : Cuidados de saúde : Problemas sociais :
Congresso 362.196979206

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	6
DIA 1	8
MESA DE ABERTURA	9
IFF/Fiocruz Ivia Maksud	
ENSP/Fiocruz Eduardo Melo	
Gerência de AIDS/SMS Guida Silva	
ABIA Juan Carlos Raxach	
Grupo pela Vidda Maria Eduarda Aguiar	
MESA 1 - OS DESAFIOS DO CUIDADO NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	11
Situação da linha de cuidado à pessoa vivendo com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro Guida Silva (Gerência de AIDS/SMS)	12
A experiência da pesquisa RAIDS no SUS do Rio de Janeiro Eduardo Melo (ENSP/Fiocruz e ISC/UFF)	19
Debate com Guida Silva e Eduardo Melo Coordenadora: Ivia Maksud (IFF/Fiocruz) Debatedores: Ruben Mattos (IMS/UERJ) e Veriano Terto Jr. (ABIA)	28
GRUPOS DE TRABALHO - O CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO: COMO FAZER MAIS E MELHOR NO CENÁRIO ATUAL?	34
Coordenador: Eduardo Melo (ENSP/Fiocruz e ISC/UFF) Facilitadores: Luziana Silva (UFPB), Lucas Melo (USP-RP), Juan Carlos Raxach (ABIA), Ana Carolina Maia (IMS/UERJ) e Jorginete Damião (UERJ)	

DIA 2	43
MESA 2 – MACRO E MICRO POLÍTICA NA RESPOSTA BRASILEIRA AO HIV/AIDS NOS DIAS ATUAIS	44
<i>Imaginando a epidemia: o desperdício da experiência e o desmantelamento da resposta frente ao HIV</i> Richard Parker (ABIA)	45
<i>Debate com Richard Parker</i> Coordenadora: Fátima Rocha (ENSP/Fiocruz)	52
MESA 3 – A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: DESAFIOS PARA A ATENÇÃO INTEGRAL	56
<i>O caso do Rio de Janeiro: desafios e potencialidades</i> Rafael Agostini (IFF/Fiocruz)	57
<i>Rede de atenção para o cuidado em HIV/AIDS: transições do modelo centralizado ao modelo descentralizado</i> Gustavo Zambenedetti (UNICENTRO-PR)	60
<i>Vulnerabilidade, cuidado e integralidade</i> José Ricardo Ayres (USP)	67
<i>Debate com Rafael Agostini, Gustavo Zambenedetti e José Ricardo Ayres</i> Coordenador: Lucas Melo (USP-PR)	72



LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AP	Área Programática
ARV	Antirretroviral
AZT	Azidotimidina (antirretroviral)
CD4	Grupamento de diferenciação 4 - glicoproteína encontrada na superfície das células T e outros linfócitos
CV	Carga Viral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COAS	Centro de Orientação e Aconselhamento Sorológico
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PEP	Profilaxia pós-exposição ao HIV
PREP	Profilaxia pré-exposição ao HIV
PVHA	Pessoa vivendo com HIV/AIDS
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNAIDS	Programa das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

APRESENTAÇÃO

O evento **“Coro de vozes numa teia de significados: seminário sobre o cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na rede de atenção à saúde”** foi realizado pela FIOCRUZ, Instituto Fernandes Figueira e Escola Nacional de Saúde Pública (com apoio da FAPERJ) e parceria da Secretaria Municipal da Saúde do Rio de Janeiro e Instituto de Saúde Coletiva/UFF. Ocorreu nos dias 11 e 12 de fevereiro de 2020, na Fundação Casa de Rui Barbosa, na cidade do Rio de Janeiro. O seminário teve como objetivo a divulgação dos resultados da pesquisa “O cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na rede de atenção à saúde”, fruto da parceria institucional entre IFF/Fiocruz e ENSP/Fiocruz, bem como o diálogo entre distintos atores acerca das políticas, estratégias e ações de cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A cidade do Rio de Janeiro tem sediado uma inovação no cenário nacional, por meio de um progressivo investimento na descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município, desde o ano de 2013, com isso, deslocando o acompanhamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS, antes restrito aos ambulatorios especializados, para a atenção primária. A experiência de descentralização do cuidado foi discutida por vários painelistas e participantes, com foco nos aspectos tanto promissores quanto polêmicos (tais como acesso, sigilo e confidencialidade), a interface entre a atenção primária e a atenção especializada, e visando compreender como as unidades de saúde da cidade do Rio de Janeiro têm atuado sobre os desafios e potencialidades do processo. Além do enfoque na descentralização, falas acerca da história da epidemia e suas implicações no cenário atual, o contexto paradigmático da resposta à epidemia de HIV/AIDS e outros tópicos também foram fundamentais para a composição do evento.

Para a reflexão dessas temáticas, o evento contou com 16 colaboradores, incluindo palestrantes, coordenadores de mesa, facilitadores de grupos de trabalho e debatedores originários de diferentes instituições. Além destes, teve a participação de 72 ouvintes. O público conformou-se de profissionais de saúde, movimentos sociais, gestores, usuários, estudantes e pesquisadores, advindos de diferentes lugares do Brasil.

Dessa maneira, foi possível o compartilhamento de diferentes expertises e trocas de saberes entre os atores implicados com cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O evento foi filmado em vídeo e as falas foram transcritas, possibilitando assim dois diferentes registros: um vídeo editado, que pode ser acessado nos canais oficiais da Fiocruz e no YouTube, e esta publicação que o/a leitor/a tem em mãos, que objetiva disseminar um resumo das principais questões apresentadas e debatidas ao longo do evento.

Boa leitura!

***Em lembrança de
Ruben Araújo de Mattos***

***Brilhante e querido professor do Instituto
de Medicina Social da Universidade do
Estado do Rio de Janeiro. Gratidão por
sua existência de afeto e por sua
resistência na luta por um Sistema Único
de Saúde de qualidade para todos.***

1º dia

11/02/2020



ABERTURA

Ivia Maksud

IFF/Fiocruz

Maria Eduarda Aguiar

Grupo pela Vidda

Juan Carlos Raxach

ABIA

Eduardo Melo

ENSP/Fiocruz

Guida Silva

Secretária Municipal de Saúde (Gerência IST/AIDS)

Ivia Maksud deu início ao evento com o relato sobre a história que resultou em sua construção. A parceria interinstitucional entre IFF e ENSP foi iniciada em 2017 com o objetivo de analisar o movimento de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro. Dessa maneira é iniciada uma pesquisa composta por 12 pesquisadores voluntários de diferentes instituições e níveis de formação, assim, surgindo a **RAIDS**.¹

Ao longo desses anos, constituíram um projeto de pesquisa, em que foi realizado trabalho de campo na atenção primária em saúde e na atenção especializada do município do Rio de Janeiro. Para isso, contaram com a colaboração de profissionais localizados na assistência à saúde, gestores e pessoas vivendo com HIV/AIDS. O evento se mostrava, portanto, como uma atividade necessária para a divulgação dos resultados preliminares da pesquisa e para permitir a continuidade ao debate.

Todas as falas subsequentes salientaram o difícil momento em que a Saúde Pública se encontra no cenário atual e a importância da criação de espaços de troca entre os representantes dos vários segmentos envolvidos: usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde e gestores. Dessa maneira, pode ser criada a possibilidade de construção de um trabalho integral. Além disso, os participantes puderam abordar os muitos retrocessos relacionados às discussões sobre gênero e sexualidade, e também, acerca das políticas públicas específicas sobre HIV/AIDS.

Guida Silva, Gerente de IST/AIDS² na Secretária de Saúde do Município do Rio de Janeiro, reafirmou a importância do evento e saudou a possibilidade de tecer discussões com desdobramentos positivos à rede de atenção à saúde.

1 A equipe de pesquisadores integrantes da RAIDS é composta por: Ivia Maksud, Eduardo Melo, Fátima Rocha, Jorginete Damião, Sandra Filgueiras, Rafael Agostini, Daniely Sciarotta, Luiza Consendey, Ana Carolina Maia, Katia Ovídia, Mônica Gouvêa e, mais recentemente, Júlia Baptista.

2 O Programa das Doenças Infecciosas Sexualmente Transmissíveis do Município do Rio de Janeiro atua para controle e prevenção da transmissão de doenças infecciosas entre os cidadãos. O controle da sífilis congênita, a prevenção das IST e AIDS, a facilitação na testagem das doenças com testes rápidos, e a descentralização do atendimento do paciente com HIV/AIDS são algumas das principais ações deste Programa. Em paralelo, o Programa também atua na capacitação dos profissionais de saúde de todas as unidades de atendimento primário e secundário, com o objetivo de mantê-los sempre atualizados e estimular o melhor atendimento para a população.
Ler mais em: <https://www.rio.rj.gov.br/web/sms/ist-aids>

A advogada e presidente do Grupo Pela Vidda,³ **Maria Eduarda Aguiar**, por sua vez, deu ênfase aos retrocessos referentes às políticas dedicadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS e às políticas de prevenção. Criticou o caráter higienista das posições governamentais sobre as ISTs e apontou a importância da reflexão sobre como o Estado, o Município e outras instituições podem atuar para melhorar a política de saúde e lembrou a importância da atuação crítica dos movimentos sociais para a melhoria destas atuações.

Juan Carlos Raxach, médico e coordenador de projetos da ABIA,⁴ sublinhou a importância da ação nos tempos atuais.

“ [...] esse **coro de vozes** precisa se juntar e sair da resistência e partir para a ação. Já não basta dizer ‘temos que resistir, temos que resistir’. Agora é ‘**temos que agir**’. Se não agirmos, vai seguir acontecendo. Vai se ampliar, na prática, tudo que está sendo erroneamente preconizado e autorizado nesse governo – estigma, discriminação, preconceito, valores errados, moralismos falsos. Tudo em detrimento de nossas conquistas. ”

Raxach saudou a possibilidade de os participantes poderem discutir o que há de positivo nas respostas à epidemia de HIV/AIDS.

Por fim, **Eduardo Melo** ocupou-se de lembrar que a ciência não se dá no campo da neutralidade e sublinhou a importância da partilha da preocupação e ação sobre tais processos, também apontados nas falas anteriores.

3 O Grupo Pela VIDDÁ do Rio de Janeiro (GPV-RJ) foi fundado em 24 de maio de 1989, pelo escritor Herbert Daniel. Trata-se do primeiro grupo fundado no Brasil por pessoas vivendo com HIV e AIDS, seus amigos e familiares. Suas ações e iniciativas são garantidas pela intensa dedicação de voluntários e de profissionais engajados na luta contra a epidemia no país. Texto retirado do site da Organização. Ler mais em: <http://www.pelavidda.org.br/site/index.php/quem-somos>

4 A ABIA (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) foi fundada pelo sociólogo Herbert de Souza, o Betinho, e pelo médico Walter Almeida em 1987. Em 2015, passa a desempenhar a função de Observatório Nacional de Políticas de AIDS com o propósito de fortalecer a resposta social capaz de incidir diretamente na construção de políticas públicas no combate à epidemia. Ler mais em: <http://abiaids.org.br/>

mesa 1

Os desafios do cuidado nas redes de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro

coordenação de Ivia Maksud

IFF/Fiocruz

Guida Silva

Secretária Municipal de Saúde (Gerência IST/AIDS)

Eduardo Melo

ENSP/Fiocruz e ISC/UFF

Debatedores:

Ruben Mattos

IMS/UERJ

Veriano Terto Jr.

ABIA

SITUAÇÃO DA LINHA DE CUIDADO À PESSOA VIVENDO COM HIV/AIDS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO

Guida Silva

Gerência de AIDS/SMS

Guida Silva contribuiu com uma importante explanação sobre o funcionamento da linha de cuidado à pessoa vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. Forneceu uma visão geral sobre a rede de serviços existente, suas especificidades, as diretrizes do fluxo da assistência e o percurso percorrido pelas pessoas vivendo com HIV/AIDS. Além disso, pôde falar sobre os furos, dificuldades, potencialidades e perspectivas de trabalhos futuros necessários para o aprimoramento da rede de atenção à saúde.

A **definição** apresentada pela gestora para a '**linha de cuidado**' foi a seguinte:

“ A **linha de cuidado** do HIV/AIDS apresenta o percurso e os fluxos assistenciais necessários à promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integral e segura, em HIV/AIDS. Compreende todas as abordagens e intervenções pertinentes asseguradas pelo acesso aos diversos pontos de atenção. A linha de cuidado **é viva, personalizada** - com relação à rede assistencial existente - e dinâmica, sendo suscetível aos ajustes necessários advindos das evoluções tecnológicas e do aperfeiçoamento dos processos de trabalho. Não é formada por procedimentos, protocolos e fluxos. Ela é formada por pessoas. ”

A gestora, com essa fala, deixou explícita a necessidade de compreender o caminho percorrido na linha de cuidado como algo que se dá no campo de um sujeito com uma história singular. Por isso, não é possível falar de fluxos estanques e inflexíveis. Assim, a história que cada um influencia objetiva e subjetivamente esse caminho pela linha de cuidado. Em consequência, é preciso manter essa linha viva.

A linha de cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS tem início no teste rápido⁵, contando com o aconselhamento pré e pós-teste, e, depois da avaliação de comorbidades, gravidez e solicitação de exames, é iniciada a pactuação sobre o tratamento.

Guida Silva apresentou a linha de cuidado do município, frisando que a mesma não é estática, e está em constante renovação. Atualmente, o usuário deverá ser atendido preferencialmente na clínica da família de seu território. No entanto, em circunstâncias em que o paciente – por razões que envolvem o sigilo e a confidencialidade da sorologia – decide não realizar o tratamento próximo ao seu local de moradia, pode realizá-lo em qualquer outra unidade da atenção básica. Em alguns casos específicos (ver abaixo) se o tratamento não puder continuar na unidade de atenção básica, o encaminhamento será feito para a atenção especializada, via SISREG.

5 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. Em 2014 é lançado um guia para implementação do Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica.

LINHA DE CUIDADO

PARA HIV/AIDS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO:



Para a gestora, a linha de cuidado acaba por se apresentar de diferentes maneiras para cada um dos atores em cena. Para a gestão, orienta as ações e investimentos. Para os profissionais da assistência, a linha de cuidado serve como um norteador de suas ações de acordo com os protocolos, fluxos, além de padronizar o atendimento (sem engessá-lo). Para os usuários, por sua vez, orienta com relação aos fluxos (possibilidades de serviço) e direitos. Guida Silva apontou a importância desses atores pactuarem modos de organizar e práticas:

“ *A linha de cuidado, ela acontece dentro do município, mas ela é formada por todos os pontos de atenção disponíveis. E a gente tem que ter uma pactuação entre os gestores das diversas esferas para garantir, principalmente, a hierarquização e a regionalização desses serviços.* ”

Apesar da linha de cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS comportar ações e responsabilidades para a atenção básica, atenção secundária, rede hospitalar e urgência e emergência, inclusive de outras esferas do governo, o compartilhamento do cuidado entre os serviços através das ações dos profissionais, no entanto, não é simples.

Para tal fim, é imprescindível que haja recursos humanos qualificados. Porém, a rotatividade de pessoal na atenção primária e rede de urgência e emergência é um problema: muitas vezes as pessoas são treinadas, mas não permanecem em seus trabalhos. Novos profissionais podem desconhecer as diretrizes e os procedimentos adequados até que sejam treinados.

Além disso, são muitos os entraves para os profissionais de saúde se dedicarem na partilha do cuidado com outras unidades da rede de atenção, como a sobrecarga de trabalho e pouco ou nenhum tempo disponível para esta tarefa, a falta de mecanismos de interação (telefone e internet) e o uso de prontuários diferentes em cada unidade.

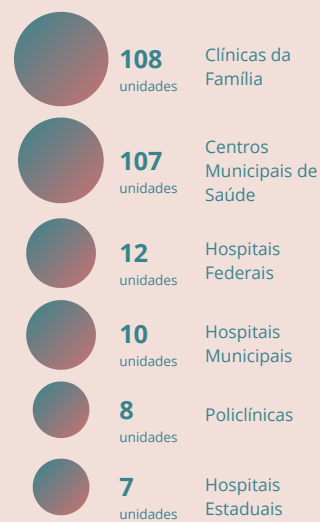
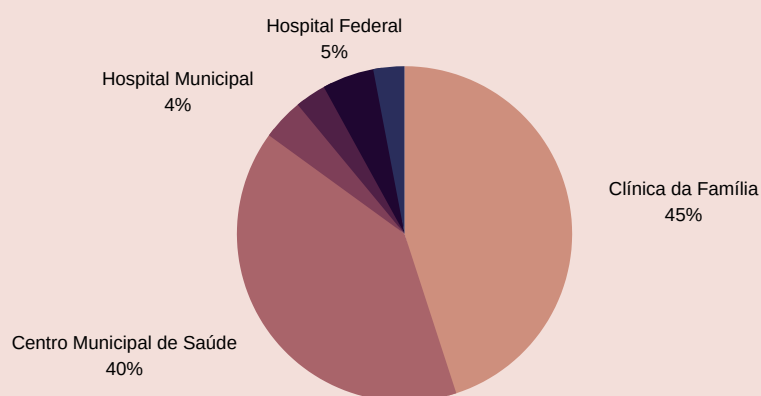
Mesmo com esses entraves, a resposta do município do Rio de Janeiro à epidemia de HIV/AIDS tem se mostrado resolutive. A seguir, a gestora apresentou um panorama.

PANORAMA

sobre o tratamento às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro

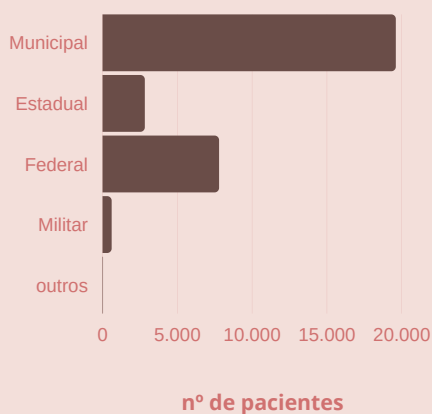


quais **serviços de saúde** tratam HIV/AIDS no Rio de Janeiro (2019)?

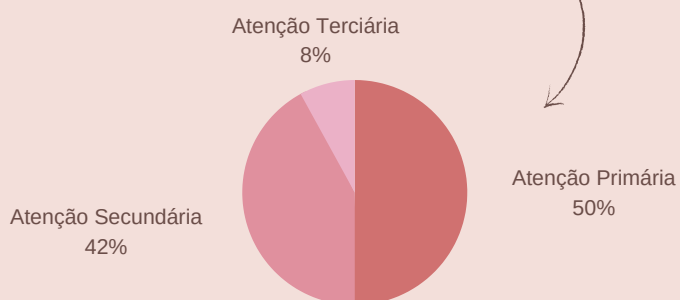


onde as pessoas vivendo com HIV/AIDS realizaram o **tratamento** (2019)?

Rede



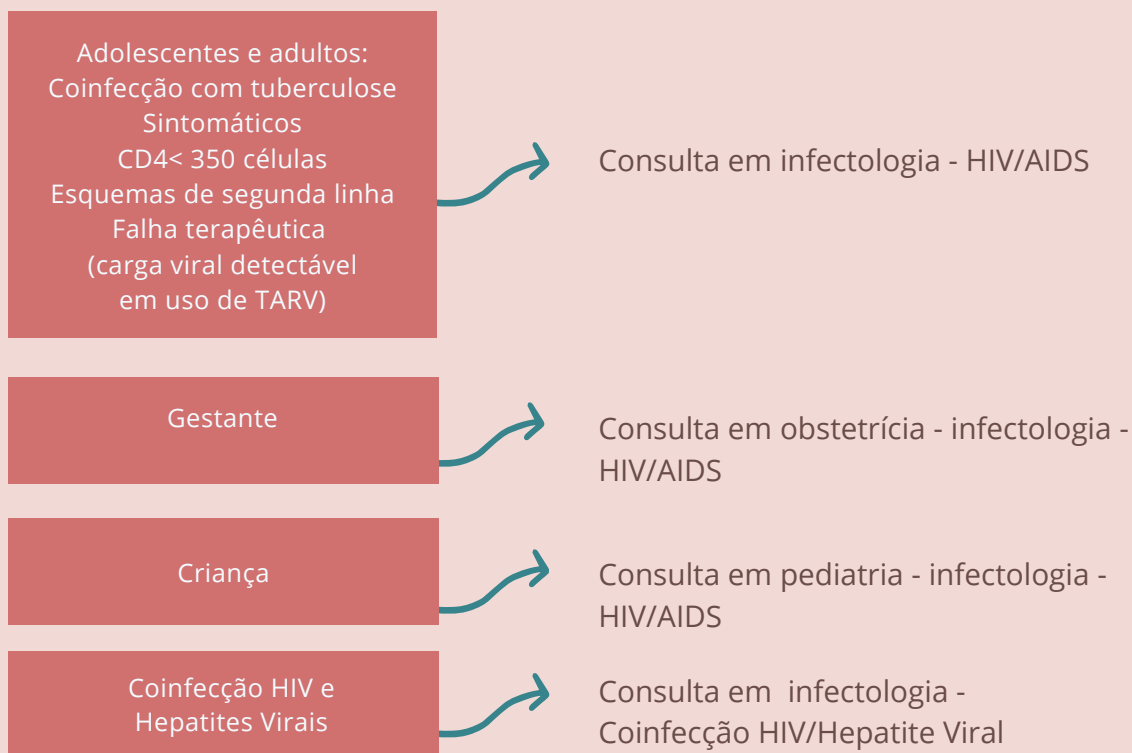
mais de **60%** dos usuários são acompanhados na **Rede Municipal** de Saúde do Rio de Janeiro



Fonte: SISCEL/ SMS Rio de Janeiro



quando a pessoa vivendo com HIV/AIDS **não** deve ser acompanhada na atenção primária? Para **onde deve ser encaminhada**?



os encaminhamentos são realizados via **SISREG** (Sistema de Regulação)

Consulta em infectologia - HIV/AIDS

- SMS Policlínica Helio Pellegrino – AP 2.2
- SMS CMS Heitor Beltrão – AP 2.2
- SMS CMS Belizario Penna – AP 52
- SMS CMS Dom Helder Camara – AP 21
- SMS CMS Milton Fontes Magarrão – AP 32
- SMS policlínica Newton Alves Cardozo – AP 3.1
- SMS CMS Waldyr Franco – AP 5.1
- UFRJ Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
- SMS Policlínica Lincoln de Freitas Filho – AP 5.3
- SMS Policlínica Antonio Ribeiro Netto – AP 1.0
- SMS CMS João Barros Barreto – AP 2.1
- Instituto Nacional de Infectologia Evandro Chagas/ Fiocruz
- SMS Policlínica Jose Paranhos Fontenelle – AP 3.1
- SMS CMS Americo Veloso – AP 3.1

Consulta em obstetrícia infectologia - HIV/AIDS

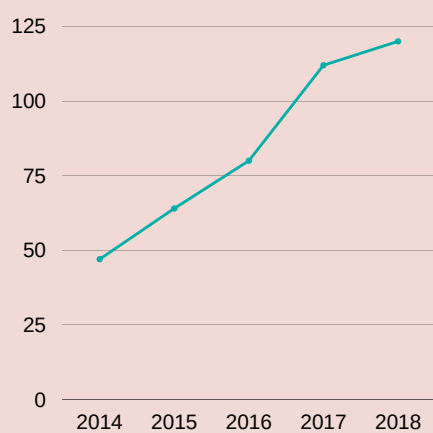
- MS HSE Hospital dos Servidores do Estado
- UFRJ Instituto de Puericultura Pediátrica Martagão Gesteira

Consulta em pediatria infectologia - HIV/AIDS

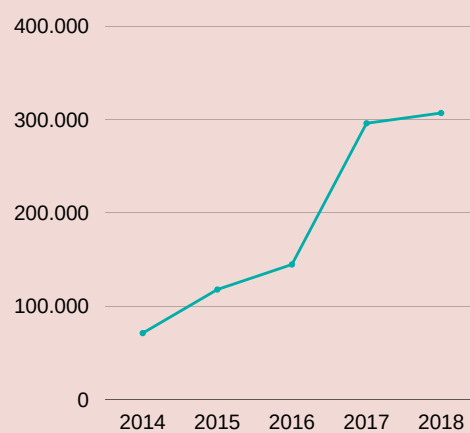
- MS Hospital Federal Cardoso Fontes
- UERJ Hospital Universitário Pedro Ernesto
- UFRJ Instituto de Puericultura Pediátrica Martagão Gesteira

Rio de Janeiro ao longo dos anos

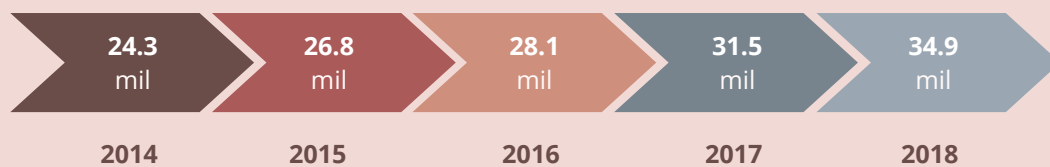
O crescimento da Unidades
Dispensadora de Medicamento (UDM)
ao longo do tempo



sobre o teste rápido



sobre adultos em tratamento para HIV/AIDS



A EXPERIÊNCIA DA PESQUISA RAIDS NO SUS DO RIO DE JANEIRO

Eduardo Melo

ENSP/Fiocruz e ISC/UFF

Eduardo Melo apresentou os resultados preliminares da pesquisa intitulada “O cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na rede de atenção à saúde”.⁶ Para esse propósito, contextualizou as respostas à epidemia de HIV/AIDS em caráter mundial e local, e apresentou as particularidades do processo de descentralização no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Primeiro, salientou a eficiente e internacionalmente reconhecida resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS. Do ponto de vista global, apontou a estratégia 90x90x90,⁷ promovida pela UNAIDS, como norte de importantes decisões nas políticas públicas.

O cuidado às pessoas vivendo com HIV foi tradicionalmente focado e realizado nos ambulatorios especializados de infectologia, caracterizando um modelo centralizado do cuidado. Em 2012, o Ministério da Saúde iniciou o processo de implementação e capacitação para inserção do teste rápido na atenção primária, e, em 2014, lançou as recomendações de acompanhamento das pessoas vivendo com HIV nesse nível da atenção. Nesse primeiro momento de descentralização, as recomendações ainda se davam de forma genérica, sem a rigidez e sem as delicadezas que o tema exige, pontuou Melo.

Ainda que tal estratégia possua muitos desafios e riscos, por efeito da capilaridade da atenção básica, aposta-se na ampliação do acesso aos serviços de saúde.

6 A apresentação foi realizada com base em sistematizações e análises preliminares produzidas pela equipe da pesquisa RAIDS (já citada anteriormente).


7 Ler mais sobre a meta 90x90x90 em:
https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf

A pesquisa relatada se insere no cenário da descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. Teve como objetivo investigar o cuidado na atenção básica e o trânsito dos usuários na rede de saúde. Para isso, a metodologia de pesquisa adotada foi qualitativa: com observação participante, grupos focais e entrevistas com profissionais de saúde, usuários/movimentos sociais e gestores.

O trabalho de campo da pesquisa ocorreu entre 2018 e 2019 na região central do **Rio de Janeiro (Área Programática 1.0)**: região com aproximadamente **300 mil habitantes**, contendo por volta de **70 e 80 equipes de saúde da família**. A coleta de dados se sucedeu em duas unidades de saúde com perfis distintos da atenção básica (uma clínica da família e uma unidade tipo B/mista), e um serviço da atenção especializada. Para além desses espaços e circunscrições, os gestores e representantes de movimentos sociais também foram entrevistados.

A pesquisa seguiu a proposta de tecer um diálogo entre planejamento, gestão, ciências sociais e humanas em saúde. Antes de se debruçar sobre os resultados, Eduardo Melo sublinhou alguns dos **limites** com que se depararam: 1) a pesquisa foi realizada apenas em uma área da cidade, e não há homogeneidade com a realidade do restante do município; e 2) a crise que assolou a saúde na cidade do Rio de Janeiro pode ter tornado obsoletos alguns resultados da pesquisa de forma substancial.

Dito isso, o pesquisador iniciou a apresentação de cada um dos eixos de análise oriundos da sistematização dos dados do campo. São eles:

- 
- HISTÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS
 - VIVER COM HIV E VULNERABILIDADES DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS
 - PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
 - TESTES RÁPIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA
 - SIGILO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS
 - PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL
 - INTERFACE ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA, ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E SISREG



HISTÓRIA E REPRESENTAÇÕES SOBRE DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

O grupo de pesquisa acessou relatos diversos sobre o processo de descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na cidade do Rio de Janeiro e, em paralelo, como os diversos atores envolvidos foram percebendo e se relacionando com esta realidade.

Nesta história, pôde-se encontrar o que o pesquisador chamou de '**outra descentralização**', um primeiro movimento de transferência dos cuidados às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nesse momento, a descentralização se referia à transferência da assistência centrada nos hospitais para os ambulatorios especializados durante os anos 90. A **descentralização para a atenção primária**, por sua vez, foi protagonizada pela Secretaria Municipal de Saúde através de um ordenamento da gestão, logo, sem a participação dos profissionais de saúde ou usuários.

Os atores entrevistados apresentam esse segundo processo de descentralização com distintas visões: alguns apontam como "uma necessidade", outros apontam para sua característica autônoma e sem participação da população, e até mesmo "acelerado". Os representantes dos movimentos sociais e infectologistas foram os principais críticos desse processo. Tais avaliações, no entanto, mudaram com o passar do tempo, e muitos reconhecem atualmente o mérito da descentralização, apesar da maneira com que foi efetivada.

Melo apontou alguns fatores específicos que funcionaram como **catalisadores** para o processo de acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção primária no Rio de Janeiro:

- O **INVESTIMENTO** (DESDE 2009) NAS CLÍNICAS DA FAMÍLIA
- A IMPLEMENTAÇÃO DOS **TESTES RÁPIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA** PROPORCIONOU O AUMENTO DO NÚMERO DE DIAGNÓSTICOS E, EM CONSEQUÊNCIA, DESVELOU A NECESSIDADE DA PRESENÇA DO TEMA NA AGENDA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA.
- **RECOMENDAÇÕES NACIONAIS** PARA A DESCENTRALIZAÇÃO DO CUIDADO
- O **LONGO TEMPO DE ESPERA PARA ATENDIMENTO COM INFECTOLOGISTAS NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA** TORNOU URGENTE NOVOS MODELOS DE GESTÃO E CUIDADO



VIVER COM HIV E VULNERABILIDADES DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Este eixo permite um “olhar para a vida das pessoas” e para elementos que são constituintes das possibilidades e entraves no cuidado experienciado por pessoas vivendo com HIV/AIDS. Melo elencou alguns **pontos que desvelam a vulnerabilidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS e as dificuldades no acesso ao cuidado:**

1) **VIOLÊNCIA ARMADA:** REPERCUTE NO TRABALHO DE PREVENÇÃO E DE ACONSELHAMENTO, IMPEDE O TRABALHO DE TESTAGEM FORA DAS UNIDADES E DIFICULTA O ACOMPANHAMENTO

2) **MACHISMO**

3) **AMEAÇA DE EXPULSÃO DO TERRITÓRIO**

Melo apontou a responsabilidade dos serviços de saúde em atenuar ou ampliar as vulnerabilidades através dos seus modos de organização. Estes podem construir barreiras de acesso ou estratégias para contorná-las. Como exemplo, Melo relatou uma situação corrente que ilustra essas duas vias possíveis: a exigência de comunicar ao agente comunitário de saúde, nas baias da recepção/acolhimento, o motivo da busca pelo serviço, pode gerar um obstáculo para o paciente procurar a unidade, por outro lado, reconhece a presença de outros arranjos criativos que auxiliam no acesso e permitem um cuidado com o usuário, como o médico que fornece seu número de celular pessoal para que o usuário possa avisá-lo previamente sobre sua consulta e ter sua entrada facilitada na unidade.



PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Os processos de trabalho, organização da atenção e cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção primária em saúde possui diferentes desafios devido à multiplicidade de formas com que se apresentam na rede.

Apesar do aumento significativo de pessoas vivendo com HIV/AIDS acompanhadas na atenção básica, Melo demonstrou a evidente heterogeneidade do processo de descentralização do cuidado na rede de atenção à saúde. Os diversos usos da atenção primária e formatos de acesso à rede de atenção à saúde demarcam a pluralidade dos caminhos de cuidado tecidos pelos usuários: alguns apenas buscam os medicamentos na unidade básica; outros acessam a unidade apenas para solicitar a transcrição de um exame anteriormente requerido pelo especialista; e outros restringem os cuidados da atenção primária a outras questões de saúde, e realizam o tratamento para HIV/AIDS com infectologistas.

Além disso, as ofertas de cuidado não são homogêneas na rede. Algumas ações – como grupos terapêuticos – são mais difíceis de ocorrer na atenção básica, devido ao medo da exposição da condição de saúde.

Porém, o direito de escolha e a flexibilidade nas regras formais de acesso e acompanhamento para as pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção básica se mostra como um necessário esforço para a integralidade do cuidado. Tal esforço é claramente centrado na necessidade do usuário, algo não tão comum nas concepções mais hegemônicas de rede e nos modos mais habituais de organização da atenção primária, lembrou o pesquisador.

“A gente vê com bons olhos esse esforço de criar novas regras, novos fluxos, abrir ‘exceções’ centradas nas necessidades dos usuários, e não só pensando na melhor forma de organização para gestão ou para os trabalhadores.”





TESTES RÁPIDOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A implementação dos testes rápidos na atenção primária não se deu de maneira simples: alguns profissionais de saúde receberam a nova exigência como uma tarefa extra; alguns relataram inseguranças quanto à confiabilidade do teste; e muitos ainda expressam dúvidas sobre quais profissionais têm competência na sua realização.

Mesmo diante dessas dificuldades, o pesquisador apontou para os movimentos de implicação das unidades de saúde com essa tarefa. Para ampliação do acesso, unidades constituíram diferentes horários de testagem, por exemplo.

Os profissionais de saúde, todavia, relatam uma grande dificuldade em “dar o diagnóstico”, ou seja, falar ao usuário sobre sua condição HIV+.



SIGILO DIAGNÓSTICO DE HIV/AIDS

O sigilo diagnóstico de HIV/AIDS se apresenta como um campo com dramas e delicadezas para usuários e profissionais. Nas falas dos participantes da pesquisa entrevistados pela equipe RAIDS, as relações afetivo-familiares, relações de trabalho e segurança da própria vida são colocadas como os pontos críticos para o sigilo e não-sigilo.

Ainda assim, a 'gestão dos segredos' na equipe de saúde toma um lugar privilegiado dentro da discussão do sigilo diagnóstico. Diferente do restante dos casos acompanhados na clínica da família, estes não podem ser compartilhados por toda a equipe. O lugar dos agentes comunitários de saúde, nesse cenário, se apresenta com grandes controvérsias, pois muitos usuários solicitam que não seja revelado o diagnóstico para estes membros da equipe em específico, por estes também serem moradores do território e por vezes seus vizinhos. No entanto, a pesquisa desvelou que, em alguns casos, os profissionais em questão acabam conhecendo o diagnóstico, mesmo sem solicitar tal informação.

O modo de organização e funcionamento do serviço também gera implicações sobre a garantia do sigilo diagnóstico. Por exemplo, nos casos em que a unidade oferta apenas um único dia da semana para a coleta de exames relacionados ao tratamento para HIV/AIDS, torna-se possível a identificação das pessoas vivendo com HIV/AIDS.



PROCESSO DE TRABALHO E CUIDADO NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA AMBULATORIAL

Eduardo Melo destacou traços dos processos de trabalho e cuidado na atenção especializada ambulatorial que caracterizam sua posição na relação da rede de atenção:

- 1) A **BAIXA VINCULAÇÃO TERRITORIAL E DISTRIBUIÇÃO DESIGUAL DAS AÇÕES E SERVIÇOS**;
- 2) O RECONHECIMENTO DA **TRADIÇÃO** E DA **QUALIDADE DO SERVIÇO OFERECIDO**, COM CENTRALIDADE DA FIGURA DO INFECTOLOGISTA NO CUIDADO;
- 3) A **MEMÓRIA** DE UM PASSADO MELHOR;
- 4) **TEMPO DE ESPERA CURTO** PARA INFECTOLOGISTA;
- 5) **CONDIÇÕES DE TRABALHO, EM PARTE PRECÁRIAS** (EM COMPARAÇÃO, NA CLÍNICA DA FAMÍLIA HÁ AR CONDICIONADO, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO, ENTRE OUTROS);
- 6) **ALCANCE PARCIAL SOBRE O "MODO DE ANDAR A VIDA DAS PESSOAS"** VIVENDO COM HIV/AIDS NO TERRITÓRIO (EM GERAL, ESTÃO DISTANTES DOS LOCAIS ONDE AS PESSOAS VIVEM);
- 7) **ACESSO A OUTRAS ESPECIALIDADES MÉDICAS**, AGENDA DE RETORNOS E EXAMES – DIFERENTES ARRANJOS, PARADOXOS E RELAÇÃO DIFÍCIL COM O SISREG.

O conjunto de falas apresentados indica, por um lado, a tradição e capacidade de cuidar de pessoas em variadas situações, e por outro, a evidência da situação de desmonte e precarização das condições de trabalho.



INTERFACE ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA, ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO E SISREG

Eduardo Melo destacou que, atualmente, o investimento material, simbólico e político na atenção básica se faz proeminente em relação àquele dispensado à atenção especializada ambulatorial e hospitalar. Talvez isso explique o porquê da visão de rede aparecer de forma secundária aos profissionais da atenção especializada e hospitalar, e, diferente da proposta de uma rede articulada, a atenção básica acaba isolada ao não conseguir estabelecer um diálogo efetivo com unidades de outros pontos da atenção.

Além disso, a capacidade de cuidado integral às pessoas vivendo com HIV/AIDS na atenção básica é ignorada por alguns profissionais da atenção especializada. Isso fica claro ao constataremos que os profissionais da atenção especializada entrevistados não conheciam uma unidade de clínica da família e, além disso, falavam sobre os médicos de família de forma depreciativa, como “médicos de postinho”.

A inexistência de canais formais e informais de diálogo entre equipes de saúde da família e equipes especializadas reforçam essa impossibilidade de tecer parcerias, e agravam a fragmentação do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS com comorbidades ou necessidade de serem acompanhadas por mais de um serviço. O sistema de referência e contrarreferência se apresentou de maneira ineficiente. Afirmou Melo: “os modos de comunicação entre serviços precisam ser revistos e reinventados”.

Durante a pesquisa, foi possível realizar um frutífero grupo focal com médicos da atenção básica e médicos da atenção especializada. Nesse encontro, ficou evidente a importância de diálogo.

Eduardo Melo sintetizou os **desafios** que o grupo de pesquisa apresentou para uma melhoria do sistema de saúde:



- 1) **MORAL:** SEXUALIDADE E ESTIGMA;
- 2) **ÉTICO:** SIGILO E CONFIDENCIALIDADE;
- 3) **TÉCNICO:** MANEJO CLÍNICO E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS;
- 4) **ORGANIZACIONAL:** REGRAMENTOS, FLUXOS E ORGANIZAÇÕES;
- 5) **POLÍTICO:** CONDUÇÃO DA AGENDA E DIÁLOGO ENTRE DIFERENTES ATORES E PERSPECTIVAS

DEBATE COM GUIDA SILVA E EDUARDO MELO

coordenação de Ivia Maksud

IFF/Fiocruz

Debatedores:

Ruben Mattos

IMS/UERJ

Veriano Terto Jr.

ABIA

O professor **Ruben Mattos** destacou uma série de elementos que fortaleceram o debate proposto nas falas anteriores e passou por discussões fundamentais para refletir sobre o cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS nas redes de atenção à saúde: a crise, as práticas de cuidado e o diálogo entre a atenção básica e a atenção especializada.

O professor iniciou sua fala com importantes apontamentos sobre a crise, localizando seu início com o afastamento da presidente Dilma Rousseff e entrada de Michel Temer da Presidência da República do Brasil. Nesse momento, Ruben Mattos sublinhou o fato de o Estado Social, desenvolvido com o texto constitucional, ter se tornado – no novo discurso vigente – um "problema de despesa" (com o governo Temer, através da PEC das restrições de crescimento dos gastos dos investimentos sociais).⁸

Caso esse cenário não seja revertido, assinalou Ruben Mattos, a Saúde Pública sofrerá por anos. Como disse:

“Gastos sociais que eram pensados sob uma perspectiva de direitos constitucionais, viraram despesas em geral.”

Uma então recente fala do presidente Jair Bolsonaro [acerca do tratamento para as pessoas vivendo com HIV ser um gasto, uma despesa para a Saúde Pública],⁹ para Mattos, ecoa essa mudança já projetada.

8 Ruben Mattos faz referência à Emenda Constitucional nº 95 de 15 de dezembro de 2016, também chamada de “PEC do teto dos gastos públicos”. Ler mais em: <https://legis.senado.leg.br/norma/540698>

9 Ler mais em: <https://www.cartacapital.com.br/politica/uma-pessoa-com-hiv-e-uma-despesa-para-todos-aqui-no-brasil-diz-bolsonaro/>.
Vídeo: <https://www.youtube.com/watch?v=XkS48YU2onQ>

Ruben Mattos apontou o avanço das Organizações Sociais da Saúde (OSs) na atenção básica do Rio de Janeiro – apesar das suas críticas ao modelo – como importante para a expansão do modelo de Saúde da Família no município. No entanto, mesmo esse modelo sofre com o desmonte dos investimentos em saúde. Com esse apontamento, Mattos destacou a importância de pensar em alternativas de modelos para a saúde.

Além deste macro panorama que caracteriza de forma fundamental a atenção básica atual, Mattos também colocou em pauta a tensão entre a linha do cuidado estabelecida (como apresentada por Guida na apresentação anterior) e os recursos humanos. Ruben Mattos destacou: "é possível organizar, ter fluxos, mas, no momento do acesso, há algo que escapa, que se trata da pessoa que está ali presente".

O professor elaborou três questionamentos:

1. COMO GERAR PROCESSOS DE AUTORREFLEXÃO PARA QUE OS SUJEITOS SE MODIFIQUEM A PARTIR DE DETERMINADAS SITUAÇÕES?
2. COMO MUDAMOS OS PROFISSIONAIS PARA QUE ELES POSSAM ACOLHER MAIS E MELHOR?
3. COMO A EDUCAÇÃO PERMANENTE PODE SER COLOCADA COMO UM PROCESSO CONTÍNUO DE TRANSFORMAÇÃO DE SUJEITOS?

Além disso, reforçou ser muito necessário o bom diálogo entre a atenção básica e a atenção especializada na gestão do cuidado. Todavia, assinalou:

“*cuidado não é produto do serviço de saúde a ser objeto de gerência. É um **conjunto de práticas sociais** que vão muito além dos serviços de saúde ou dos profissionais de saúde.*”

Com isso, defendeu a importância do olhar para um sujeito concreto que organiza seu próprio cuidado, e ponderou: “se os profissionais se vêem como *produtores de cuidado*, não vai dar certo”. Dessa forma, defende que a gestão seja mais amistosa à gestão do cuidado, ou seja, que permita que o cuidado em práticas sociais aconteça de formas mais interessantes e amplas. Para isso, sugeriu pensar em dispositivos que permitam diálogos entre cuidadores e que possam ir além da discussão de trabalho entre equipe, incluindo os usuários.

Ruben Mattos, por fim, chamou por uma luta contra os retrocessos e ameaças de direitos a partir do exercício da militância e outras formas de resistência. Apesar da onda conservadora que nos assola, compreende que há territórios que permitem espaços de atuação e redes de conversas, 'coros' que possam produzir significados e criar novas práticas de cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Veriano Terto Jr. elaborou sua fala a partir de 4 questões/temáticas disparadoras para pensar o cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS nas redes de atenção à saúde.

1. COMO A DIMENSÃO DO SOFRIMENTO PODE SER CONSIDERADA NO TRABALHO? COMO ESTA DIALOGA COM A PRODUÇÃO TÉCNICA DA GESTÃO E CIENTÍFICA?

Terto Jr. defendeu uma transformação nas práticas dos profissionais de saúde em que a *dor* possa estar presente, pois compreende que o cuidado não pode se reduzir ao trabalho procedimental. O debatedor perguntou: "Como as políticas de cuidado enfrentam essa dimensão de sofrimento?". Explicou: "[...] nos últimos tempos, há um silenciamento sobre o que as pessoas efetivamente vivem e experimentam nos serviços de saúde, com a doença, com o sistema. É preciso começar a incluir essa dimensão, essa dor".

2. SOBRE A PEDAGOGIA DA PREVENÇÃO

O debatedor abordou a importância de buscar ou resgatar uma ideia de prevenção menos prescritiva e que dialogue com outras dimensões da vida, não se resumindo somente às práticas sexuais e se insira em outras trajetórias. Dessa maneira, poderia romper com o modelo estritamente clínico em que o cuidado se dá na negociação com a prática da clínica biomédica. Para o ativista e pesquisador, o cuidado não pode estar focado no medicamento, inclusive, indica o lema da estratégia "testar e tratar" como integrante desse modelo, por resumir o tratamento e o cuidado à tomada da medicação na hora correta, por exemplo.

3. SOBRE O DIREITO A SAÚDE

Terto Jr. colocou em questão o direito à saúde. Este é ofertado como o mínimo possível ou o máximo possível? Defende a saúde como o direito à vida.

4. SOBRE A DIMENSÃO DA SOLIDARIEDADE

Terto Jr. questionou os palestrantes acerca da dimensão da solidariedade nos cuidados em saúde. Para o debatedor, é imprescindível um resgate da dimensão de solidariedade como um princípio para refletir sobre a questão do cuidado.

“[...] são muito importantes os protocolos, as resoluções, as técnicas, os procedimentos, os pacotes, mas eu acho que sem o princípio de solidariedade a gente não consegue implementar nada, a gente não transforma nada.”

Participantes comentaram sobre a crise, inchaço do SUS e o retorno do discurso do medo. Também compartilharam problemas cotidianos vivenciados em seu exercício profissional, como a dificuldade com os encaminhamentos, o trabalho multidisciplinar, o vínculo, sigilo, estigma, cuidado com o aconselhamento pré e pós teste, a confiabilidade no teste, a necessidade do treinamento continuado e a importância da construção de espaços de diálogo entre a atenção básica e a atenção especializada, além da necessidade de mais diálogos com a rede de saúde mental. Além disso, também colocaram em pauta a necessidade de criação de ferramentas conceituais e analíticas ajustadas ao atual contexto do viver com HIV/AIDS.



No retorno às provocações feitas pelos debatedores e pelo público, **Guida Silva** comentou de forma transversal as temáticas abordadas anteriormente.

A gestora concordou que existe uma dificuldade de se trabalhar em equipe e em rede, porém apostou na importância na melhoria dessa comunicação. Em uma retomada da metáfora do 'coro', proposta pelo título do evento, falou:

“ É muito difícil trabalhar em coral, é muito difícil trabalhar em equipe, é muito difícil trabalhar em rede, porque a gente tem que perder um pouquinho a dimensão da gente e se deixar misturar. ”

Formar redes exige compartilhamento de informação, exige comunicação entre unidades, entre equipes, inclusive entre esferas do governo. Segundo Silva, a integração entre a rede de atenção em HIV/AIDS e a rede de saúde mental se apresenta de forma particularmente problemática, todavia reconheceu a importância na promoção de mudanças deste cenário.

Guida Silva explicou que as mudanças no formato de atendimento e descentralização do cuidado para a atenção básica foram ações em resposta ao aumento do número de casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS - não seria possível ampliar o acesso de pessoas vivendo com HIV/AIDS com o atendimento centrado no cuidado com infectologistas.

Para além da medida de urgência para o aumento do acesso ao cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, o atendimento na atenção primária permite considerar a pessoa no contexto que vive, sendo esta uma dimensão indispensável no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Justificou:

“ O HIV faz parte do espectro da integralidade daquele sujeito [...]. O HIV, hoje, não é uma sentença de morte, não é uma coisa tão especializada [...]. Tem coisa que eu posso dar conta na AP sim, e estarei ganhando em estar trabalhando dentro de um modelo que vai considerar essa pessoa no contexto dela, no contexto que ela vive. ”

Apesar da distinta capacidade da atenção primária no cuidado integral às pessoas vivendo com HIV, assinalou que nenhum modelo funciona da maneira prevista em momentos de crise, e defendeu “não pode condenar um modelo por conta da crise”. Assim, se torna imprescindível pensar em *estratégias* em meio à crise.

Eduardo Melo comentou alguns dos tópicos abordados. Sobre a intervenção de Mattos, expressou a relevância da politização do debate feito para além da discussão do HIV/AIDS, essencial para pensar sobre questões acerca do HIV. Dessa forma, é possível conectar o lugar do Estado, política social e mapear os diversos desafios existentes.

Já em resposta à provocação feita por Veriano Terto Jr., acerca da dimensão da vida cotidiana nas práticas de saúde, Melo reconheceu a importância de não perder de vista esse enfoque. Para sua apresentação anterior, no entanto, explicou ter feito a escolha em privilegiar os elementos que diziam respeito à organização do cuidado em rede, mais do que o cuidado de fato, “o sentido final dessas coisas todas”. Complementou:

“ [...] pensar o cuidado não só a partir da doença [...] não só a partir do risco, não só a partir da vulnerabilidade [...], mas pensar o **cuidado** em termos, inclusive, pensando na **potência de vida do outro**, reconhecendo que a vida do outro é múltipla, é cheia de coisas, é dinâmica, não se resume a uma única coisa exclusivamente. Acho que essa é uma ideia central, porque isso muda. Se o nosso objetivo é controlar carga viral, CD4, isso é uma coisa – pode ser isso também -, mas **se o objetivo é fazer com que as pessoas possam viver mais e melhor em termos do que são as expectativas dela, isso é outra história. Precisamos entrar em contato com outras questões.** ”

Por fim, falou da relevância em se conectar com o que é a vida do outro e convocou ao exercício da alteridade.

Grupos de trabalho

**O cuidado às pessoas
vivendo com
HIV/AIDS no
município
do Rio de Janeiro:
como fazer mais e
melhor no cenário
atual?**

coordenação de Eduardo Melo

ENSP/Fiocruz e ISC/UFF

Facilitadores:

Luziana Marques

UFPB

Ana Carolina Maia

IMS/UERJ

Juan Carlos Raxach

ABIA

Jorginete Damião

UERJ

Lucas Melo

USP-RP

GRUPOS DE TRABALHO

coordenação de Eduardo Melo

ENSP/Fiocruz

Facilitadores:

Luziana Marques

UFPA

Ana Carolina Maia

IMS/UERJ

Juan Carlos Raxach

ABIA

Jorginete Damião

UERJ

Lucas Melo

USP-RP

A experiência do Grupo de Trabalho coadunou com a proposta do seminário, na medida em que as discussões possibilitaram o diálogo e troca de experiência entre os participantes e possibilitaram a expressão de distintas atrizes e atores pensando sobre o cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, orquestrando um “coro de vozes”.

Os participantes foram divididos em 3 grupos organizados aleatoriamente. Com isso, o perfil de cada grupo não foi previamente escolhido, mas devido à diversidade do público participante, foi possível a presença de usuários, profissionais de saúde, gestores, estudantes e pesquisadores. Cada grupo contou com pelo menos 1 facilitador que apresentou as questões a serem discutidas.

Em plenária, cada grupo apresentou a síntese do que foi discutido.



- O QUE TEMOS DE **POSITIVO** NO SUS DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS?
- QUAIS AS PRINCIPAIS **DIFICULDADES** DO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS?
- O QUE **PRECISA SER FEITO** PARA MELHORAR O CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS?

MOMENTO 1:

O QUE TEMOS DE **POSITIVO** NO SUS DA
CIDADE DO RIO DE JANEIRO PARA PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS?

REDE

- **Rede extensa com oferta de ações de promoção, prevenção e tratamento** – Ampla gama de serviços de saúde desde a atenção primária até a secundária; oferta de atendimentos para PVHA, ações de promoção/ prevenção ao HIV/AIDS; cobertura de distintas áreas do Rio de Janeiro
- **Garantia de oferta de medicamentos e insumos** – Dispensação gratuita do medicamento; fácil acesso à medicação e manutenção de insumos nos serviços (como preservativos)
- **Realização dos exames** – Muitas unidades podem solicitar e colher exames de CD4 e carga viral; Ampliação dos testes rápidos

**ACOLHIMENTO E
ATENDIMENTO**

- **Profissionais com escuta qualificada** – Profissionais comprometidos, com escuta ativa, diálogo e reflexão no papel do cuidado
- Grupos e rodas de conversa

ACESSO

- **Atendimento fora da área de referência** – Possibilidade de escolha de ser atendido em unidade de APS, independente dos limites de território
- **Descentralização de tratamento para a atenção primária** – Ampliou o acesso
- Consulta com hora marcada
- **Comorbidade com tuberculose** – Usuários atendidos rapidamente
- Acompanhamento e absorção de pacientes sem comorbidades na atenção primária

OUTRAS AÇÕES

- **Profissionais** - Resistência dos profissionais apesar do cenário e contexto da crise
- **Pesquisas** - Realizadas em diversas áreas auxiliam na assistência
- **Ação intersetorial no PSE** - Adolescentes precisam de acolhimento sem julgamentos
- **Benefícios sociais** - RioCard, LOAS, FGTS, Vale Social, Bolsa Família
- **Agenda sociocultural** - Inserção dos usuários em atividades socioculturais

MOMENTO 2:

QUAIS AS PRINCIPAIS **DIFICULDADES** DO ATENDIMENTO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS?

REDE

- **Grande demanda em alguns serviços** – Embora a rede seja ampla, a organização do "acesso avançado", que implicam nas "portas-abertas" das unidades que atendem sem marcação prévia de consulta, impactam na dinâmica de atendimento das PVHA
- **Longa espera no SISREG e CER** - Sistemas de regulação do município e do estado
- **Falta de acesso à saúde mental, reabilitação, fisioterapia**
- **Crise na gestão da APS por Organizações Sociais (OS)** - Impacto na rotatividade de profissionais e atraso de salários; causa descontinuidade dos vínculos; população fica sem referência
- **Dispensação de medicamentos** - Algumas unidades têm apresentado essa dificuldade

ACESSO

- **Horários restritos** - Dificuldade de acesso aos serviços de saúde por conta do horário de trabalho e estudo
- **Dificuldade de acesso de pessoas trans e travestis** - Acesso dificultado devido a problemas operacionais no SISREG relacionados ao aceite do nome social e entraves na distribuição de preservativos por conta da discriminação
- **Deslocamento** - Usuários precisam se deslocar para retirada do medicamento em locais distantes
- **Acesso à PEP** - Dificuldade devido à estigma e preconceito por parte de profissionais

**CAPACITAÇÃO
PROFISSIONAL**

- **Ausência de investimento em capacitação continuada e de formação dos profissionais de saúde** - As equipes são mediadoras no acesso ao direito das PVHA à informação para o uso consciente dos diferentes modos de tratamento e manejo da saúde, bem como nas formas de cuidado, sigilo e prevenção. A educação permanente é fundamental para a realização de um atendimento livre de julgamentos morais e que respeite as estratégias de cuidado dos sujeitos

**PROCESSOS DE
TRABALHO**

- Ausência de referência e contrareferência;
- **Dificuldade de manter sigilo** - em função da organização do atendimento e da proximidade da comunidade
- **Ausência de acompanhamento pré e pós testagem**
- **Acolhimento** - As PVHA não são, de fato, acolhidas em todos pontos de atendimento da rede
- **Desterritorialização** - Apesar da necessidade de escolha da unidade, em função de questões de estigma, ser atendido fora da área de adscrição da atenção primária não favorece o acompanhamento do usuário

VULNERABILIDADES

- **Machismo** – *Impacta na possibilidade de prevenção negociada e no tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS*
- **Violência advinda do tráfico** - *Interfere no acesso das pessoas aos serviços, assim como na entrada de profissionais em determinadas áreas*
- **Idoso** - *Negligenciado nas ações sobre HIV e sexualidade*
- **Outras vulnerabilidades sociais** - *A pobreza, a fome, a violência policial, etc. por vezes demandam questões urgentes para usuários, que acabam secundarizando a vivência com o vírus*

**POLÍTICAS,
CAMPANHAS E
MATERIAIS
EDUCATIVOS**

- **Falta de informação/ campanhas de prevenção** – *Escassez de campanhas de prevenção na mídia e presença reduzida de cartazes nas unidades. No cenário atual a situação se agrava com os novos significados que transformam direitos em despesas (tal qual fala do presidente) e lançam mais uma vez as PVHA no campo do estigma e legitimam a discriminação*
- *Falta de material educativo para tratar a questão do HIV com crianças que abordem a transmissão vertical*

MOMENTO 3:

O QUE **PRECISA SER FEITO** PARA MELHORAR O CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS?

RECURSOS HUMANOS

- **Capacitação continuada dos profissionais de saúde** - Questões sociais relacionadas à pobreza, vulnerabilidades e estigmas, bem como, a atualização sobre as novas biotecnologias, técnicas, manejo e acolhimento
- Melhoria das estratégias de acolhimento das PVHA
- **Recursos humanos** - Aumento do quantitativo de recursos humanos qualificados

EDUCAÇÃO

- **Informações sobre o HIV (transmissão, tratamento)** - Para reduzir medos e preconceito
- **Educação sexual** - Discutir as representações de jovens e adolescentes sobre a sexualidade, sobre sexo mais seguro e romper com o “véu ideológico” que, dentre outras omissões, coloca a abstinência como estratégia de enfrentamento, tensionando assim a seara de significados atribuídos ao HIV/AIDS na sociedade
- **Promoção de encontros com escola** - Para discussão de temas de interesse comuns (inclusive o HIV/AIDS)
- Elaboração de material educativo para criança
- Abordagem de questões de discriminação com profissionais educadores e pais
- Investimento educacional para que haja um maior entendimento e aceitação com a diversidade

REDE E PROCESSOS DE TRABALHO

- *Busca ativa dos pacientes faltosos e que abandonam o tratamento, respeitando o sigilo*
- *Fomento da relação e comunicação entre os profissionais da atenção básica e atenção especializada (referência e contrareferência)*
- **Intersectorialidade** - *Para o cuidado integral do usuário*
- *Garantia do tripé (usuários, gestor e profissionais) no Conselho Gestor*

OUTRAS AÇÕES

- *Uso de práticas integrativas e terapias complementares*
- *Estimulo à participação em movimentos sociais*
- **Escuta qualificada do paciente** - *Sair da "ditadura da evidência científica", com foco no protocolo e não ouvir os efeitos colaterais e problemas relatados pelos pacientes*
- *Humanização do cuidado*
- *Atenção e prevenção para idosos e pessoas trans*
- *Uso de envelopes fechados ou lacres nas guias de atendimento, encaminhamentos e nos resultados dos testes para que seja assegurada a privacidade do diagnóstico do paciente*
- *Garantia do local de parto para gestantes vivendo com HIV/AIDS*
- **Implementação de grupos que promovam a adesão ao tratamento**
- **O olhar para o indivíduo** - *O foco não pode ser na doença*
- *Discussão sobre as práticas sexuais e elaboração de material informativo sobre escala de riscos*
- **Valorização da pedagogia da prevenção** - *Repensar a estratégia de prevenção e manejo do tratamento - sobre lugar da trajetória de vida dos usuários, como elas se cuidam, qual o seu aprendizado sobre o uso de medicamentos e novas tecnologias, pensando então que estas experiências deveriam ser negociadas (no atendimento) com a abordagem biomédica*
- **Valorização da diversidade sexual** - *o respeito às vivências dos sujeitos devem ser consideradas e postas como parte do desafio do cuidado nos serviços*

2º dia

12/02/2020



mesa 2

Macro e micro política na resposta brasileira ao HIV/AIDS nos dias atuais

coordenação de Fátima Rocha
ENSP/Fiocruz

Richard Parker
ABIA

IMAGINANDO A EPIDEMIA: O DESPERDÍCIO DA EXPERIÊNCIA E O DESMANTELAMENTO DA RESPOSTA FRENTE AO HIV

Richard Parker

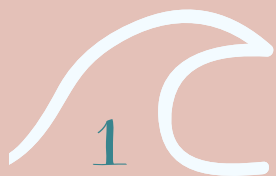
Diretor-Presidente ABIA

Richard Parker discorreu sobre a capacidade de ação atual e as **diferentes maneiras de olhar a epidemia** de HIV/AIDS desde seus primórdios. Tratou o passado, então, como possibilidade de pensar o futuro:

“ [...] fazer uma reflexão histórica é para tentar trazer de volta - não é que nós podemos voltar para o passado, não podemos - mas podemos aprender lições do passado que eventualmente nos ajudam a pensar como andar para frente, no futuro. ”

Assim, dividiu sua fala a partir das **“quatro ondas”** da epidemia ainda em construção.





INVENTANDO A EPIDEMIA

ANOS 80

A primeira onda da epidemia foi caracterizada por um momento de invenção, apontou Parker. Nada era dado ou óbvio, afinal se tratava de uma experiência nova, em que foi preciso pensar em maneiras inovadoras de compreender e trabalhar em saúde. Para apresentar esse período, Parker indicou referências que representam essa movimentação.

A declaração de Alma Ata (1978)¹⁰, anterior ao início da epidemia, foi fundamental para articular a ideia de saúde como um direito e, por isso, imediatamente atacada por governos mais neoliberais.

“ [...] a tensão entre o dinheiro e os direitos a saúde já estava posta. ”

Em 1987 foi criado o Programa Global de Aids na OMS de maneira verticalizada - o inverso do que havia sido proposto na Conferência de Alma Ata. A medida se mostrou necessária devido a urgência de mobilização, analisou Parker. Ainda assim, essa ação gerou outros problemas e críticas, mantendo uma tensão entre respostas horizontais e verticais à epidemia.

Nesta mesma época, foi conceituada a ideia da '**terceira epidemia**': a epidemia de respostas sociais - o estigma e a discriminação. Com isso, os discursos de solidariedade e direitos humanos começaram a ser articulados como ferramentas fundamentais de enfrentamento, com Jonathan Mann e Betinho como alguns dos seus expoentes.

No Brasil, essa experiência convergiu com outros processos históricos. Ao longo dos anos 80, vivemos o processo de redemocratização no país. O início dos primeiros programas de AIDS no país,¹¹ a Constituição cidadã de 1988 e a criação do SUS foram primordiais para a construção da resposta brasileira ao HIV/AIDS. Parker compreende esse momento como propício para o surgimento da parceria entre pessoas vivendo com HIV e os movimentos progressistas da Reforma Sanitária.

10 A declaração de Alma Ata é o documento síntese da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata em 1978. Ler o documento em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

11 O Programa Nacional de DST e AIDS é criado em 1986 pelo Ministro da Saúde Roberto Santos. Ler mais sobre AIDS no Brasil em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/centrais-de-conteudos/historia-aids-linha-do-tempo>



CONSTRUINDO UM MOVIMENTO GLOBAL ANOS 90

A segunda onda da epidemia foi caracterizada pela **explosão de novos atores e ideias**. Com isso, afirmou Richard, nasceu uma **indústria global da AIDS**: diversas agências internacionais, organizações não-governamentais e redes transnacionais se mobilizaram para o enfrentamento da epidemia.

Em decorrência desse movimento e das críticas de cientistas sociais, importantes transformações e mudanças de paradigma foram possíveis, principalmente relacionadas ao conceito de 'risco' e 'grupos de risco'. Assim, foram incluídas outras dimensões sociais nas análises sobre a epidemia, e a ideia de '**vulnerabilidade social**' passou a ser incorporada como uma importante referência. Ainda assim, Richard ponderou, o conceito se mantém em disputa.

A criação de UNAIDS (1996)¹² se deu no meio desse repensar, e por isso, a ideia de 'vulnerabilidade' foi tomada como seu ponto de partida, contou Parker. Até 1996, esse arsenal teórico social foi utilizado como resposta à epidemia de forma intensa. Contudo, o início das primeiras respostas biomédicas relevantes - como os medicamentos antirretrovirais combinados - transformaram o modo de agir e pensar a epidemia, levando a uma intensa mobilização para o acesso ao novo tratamento, desnudando a extrema desigualdade econômica existente no mundo.

Em 1994, o Brasil negociou e obteve empréstimo do Banco Mundial, com contrapartida do Tesouro Nacional, para a aquisição de medicamentos, e com isso, sustentou Parker, pôde articular a aprovação da lei nº 9.313¹³ e implementar o primeiro programa de acesso universal de medicamentos anti-HIV no Sul Global. Esse compromisso governamental também auxiliou na construção de uma arquitetura complexa e sofisticada de organizações da sociedade civil dedicadas ao enfrentamento da epidemia. Em 1996, foi criado o Programa Nacional de AIDS (Ministério da Saúde/Brasil).

12 A criação da UNAIDS se deu em 1996. Ler mais em: <https://www.unaids.org/en/whoweare/about>

13 A lei nº 9.313 (13 de novembro de 1996) dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Acesso em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L9313.htm

Como efeito desse processo, a resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS, tendo os direitos humanos como uma das suas bandeiras e o acesso universal aos medicamentos, passou a ser tomada como modelo. Vale apontar, no entanto, que esta resposta se deu de forma vertical, contando com a presença de uma diversidade de serviços de excelência, porém pouco integrados nas estruturas do SUS.



ESCALONANDO A RESPOSTA GLOBAL ANOS 2000

A terceira onda da epidemia de HIV foi caracterizada por Parker como o momento de expansão massiva da indústria global da AIDS. O antropólogo citou a Declaração de Compromisso¹⁴ e a Declaração de Doha (2001)¹⁵, e a criação de novas agências (Fundo Global e diversas outras Iniciativas de Saúde Global público-privado), como importantes indicativos desse processo. Foi um período de expansão massiva do acesso aos medicamentos antirretrovirais. E, ele chamou também a atenção sobre o ressurgimento da biomedicalização da epidemia por volta de 2005.

No Brasil, houve a consolidação do '**modelo brasileiro**'. No entanto, ao mesmo tempo em que o mundo reconhece a importância da resposta brasileira frente a epidemia, o Brasil iniciou (com sucesso parcial) a descentralização de recursos e ações, notadamente os recursos das ONGs que passam a ser geridos localmente, vivendo uma série de desafios nesse processo. Isso foi possível, sustentou Parker, pois o país não precisou se curvar ao domínio imperialista de países doadores, pois tinha recursos provenientes de empréstimos dos bancos.

Parker apontou o licenciamento compulsório do Efavirenz (2007)¹⁶ como o maior marco de sucesso do programa nacional brasileiro, em resultado do empenho das organizações não governamentais e aliados progressistas da máquina do estado. Ainda que houvesse esse importante e fundamental avanço no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, ainda era preciso prosseguir na descentralização e integração da resposta à epidemia nos moldes do SUS.

14 Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/declaracao_compromisso.pdf

15 Disponível em: https://www.wto.org/english/thewto_e/minist_e/min01_e/mindecl_trips_e.htm

16 Documento produzido pela ABIA com explicações acerca do licenciamento compulsório de Efavirenz no Brasil: http://www.abiaids.org.br/_img/media/EFAVIRENZ.pdf



PROMETENDO O FIM DA AIDS

ANOS 2010

As respostas biomédicas para a prevenção começaram a estabelecer uma narrativa do 'fim da AIDS'. Com isso, a compreensão de que forças econômicas e desigualdades sociais moviam a epidemia começou a desaparecer, e o foco de ações de enfrentamento nas desigualdades estruturais começou a se alterar. Parker alertou que essa narrativa esconde o sofrimento das pessoas vivendo com HIV/AIDS ainda sem acesso aos antirretrovirais, o sofrimento daqueles com acesso apenas ao tratamento de 'segunda-classe', as altas taxas de mortalidade por causa da AIDS, e a falta de acesso à prevenção como direito em todos os países.

Parker localizou em 2010 o início dessa virada paradigmática com o plano da UNAIDS "Getting to Zero"¹⁷, que consistia em haver 0 novas infecções, 0 mortes devido à AIDS e 0 discriminação para os anos 2011-2015. Nesse momento, a biomedicina começou a ser central na política proposta e nas ações para o enfrentamento à epidemia.

No ano de 2014, esse posicionamento tomou ainda mais força com o plano, também da UNAIDS, chamado "Fast Track Strategy"¹⁸, em que a agência anunciou as metas de 90-90-90 para o ano 2020: 90% das pessoas infectadas sendo diagnosticadas, 90% das pessoas diagnosticadas e em tratamento, 90% das pessoas tratadas com carga viral indetectável.

Richard Parker atentou para os indicadores do sucesso do plano serem estritamente biomédicos e não terem mais indicadores sociais efetivos em termos de enfrentamento.

“

[...] *cada vez menos social, cada vez mais biomédico.*

”

17 Ler mais sobre a estratégia "Getting to Zero" em:
https://www.unaids.org/sites/default/files/sub_landing/files/JC2034_UNAIDS_Strategy_en.pdf

18 Ler mais sobre o plano "Fast Track Strategy" em:
https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf

Em 2016, a Declaração Política da ONU sobre o Fim da AIDS em 2030 concretizou esse cenário.

No Brasil, a era do 'fim da AIDS' também chegou e, com ele, a derrocada do 'modelo brasileiro'. No governo Rousseff e Temer, Richard apontou a censura de campanhas de prevenção e a rebiomedicalização da epidemia, enquanto no governo Bolsonaro ocorre o descaso e o desmonte das políticas e programas de AIDS.

Esse cenário de expansão da omissão e descaso, Parker pontuou, reafirma o retorno do estigma e discriminação.

“ [...] *duas tendências estão profundamente ligadas, de forma perversa: **estigma e discriminação legitimam omissão e descaso, enquanto omissão e descaso estimulam estigma e discriminação.*** ”

Richard afirmou que a marginalização de conceitos como 'vulnerabilidade', 'precariedade social' e a sua substituição pela neoliberalização e a individualização tanto da prevenção, como tratamento, são os marcos paradigmáticos dos anos 2010.

Parker compreende que a caminhada até esse momento se deu devido a uma junção de fatos macro políticos e econômicos no nível global e nacional/local, ao contexto político partidário e o contexto paradigmático (epistemológico-conceitual).

Por isso mesmo, Parker falou sobre a impossibilidade de fornecer uma conclusão fechada e uma prescrição óbvia. Neste sentido, lições da história da resposta frente à epidemia podem ajudar a guiar nosso caminho para novas intervenções sobre a realidade em que vivemos.

Parker conclamou a todos a necessidade de "começar de novo", tendo como ponto de partida as pessoas afetadas pela epidemia, exigindo assim um compromisso com o "ativismo mais ferrenho".

Finalizou com o pensamento:

“ [...] *'silêncio' ainda é igual a morte e 'ação' é igual à vida.* ”

DEBATE COM RICHARD PARKER

coordenação de Fátima Rocha
ENSP/Fiocruz

Fátima Rocha comentou a apresentação de Parker e sublinhou importantes momentos da fala do pesquisador e ativista: atentou para a fala sobre uma história brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS não desvinculada ao processo mundial, e para a importância de falar sobre a relação entre democracia, saúde e direitos. Além disso, contribui com a lembrança do processo de resposta à epidemia de HIV/AIDS no Brasil e o lugar militante ocupado pelos profissionais de saúde nesse percurso. Assim, em consonância com a palestra, destacou a memória da construção das conquistas como indispensável ao falar sobre HIV/AIDS.

O público, em seguida, teceu comentários e levantou questionamentos ao professor sobre uma série de temáticas, como: a relação entre HIV/AIDS e as políticas para tuberculose; a individualização do tratamento; a construção da narrativa de cronicidade para a doença; o discurso “intransmissível= indetectável”; sobre como a resposta a saúde global pode acabar por desconsiderar contextos locais; sobre como podemos olhar para o crescimento da extrema direita e o viés religioso; e, também, sobre o lugar das pautas identitárias na resposta à epidemia de HIV/AIDS.

- **SOBRE A CONSTRUÇÃO DA NARRATIVA DE CRONICIDADE PARA O HIV/AIDS**

Richard disse

“É e não é [uma doença crônica]. [É] uma 'faca de dois gumes'. [...] se a gente simplifica demais a gente perde um monte de nuances e a gente tem que enfrentar a complexidade [...]. A AIDS se transformou numa coisa crônica para quem tem acesso a medicamentos e bom acompanhamento médico, mas o estigma/discriminação não desapareceu, não foi desfeito, e continua voltando.”

- **SOBRE O DISCURSO “INDETECTÁVEL = INTRANSMISSÍVEL”**



Para Richard, sustentar o discurso de “I=I” é importante para apoiar as tendências de autodefinição e autoafirmação do próprio movimento de AIDS. No entanto, advertiu que as construções de significados estigmatizantes não desaparecem com o avanço do acesso ao tratamento. Para Parker, enfrentar a AIDS não diz respeito ao enfrentamento de questões de saúde unicamente biomédicas. Richard afirmou que:

“Estigma e discriminação é sobre poder, é sobre opressão, é sobre exclusão de alguns em favor de outros. E não tem biomedicalização que trate isso.”

Complementou sua fala com um alerta quanto a biomedicalização das ações e discursos: estes ignoram a realidade das pessoas, ignoram as realidades sociais, e escondem as capacidades reais das pessoas conseguirem seguir ordens biomédicas ao viver dentro de contextos de precariedade social profunda. Com isso, não atingem elementos essenciais na vida das pessoas, individualizando o problema.

- **COMO PODEMOS OLHAR PARA O CRESCIMENTO DA EXTREMA DIREITA E DO VIÉS RELIGIOSO?**

Parker sublinhou a importância em estabelecer diálogos nos mais diversos contextos e espaços. Lembrou que as igrejas evangélicas avançam devido a significativa ausência do estado. A ausência de políticas públicas exclui e marginaliza, e, com isso, cria desafios urgentes que obrigam as pessoas a procurar tal apoio. Nesse sentido, Richard assinalou a importância de compreendermos a pluralidade dos espaços e das pessoas religiosas, e convocou os ouvintes à articulação e diálogo.

Sobre o neoliberalismo, Richard Parker compreende que este poderia conviver com a democracia, porém, atentou para o perigo das políticas neoliberais em relação ao corrente apoio em medidas que desvalorizam o debate público.

- **SOBRE A CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA NO ENFRENTAMENTO A EPIDEMIA**

Eduardo Melo indagou Parker: "qual o potencial que você enxerga nesse lugar [atenção básica], por essa alta capilaridade, essa alta presença territorial? O que ela pode significar para essa grande luta que a gente está tratando aqui nesse cenário?"

Parker disse ver na atenção básica a possibilidade de avanço para o enfrentamento da próxima fase da epidemia.

“ Não vão ser políticas vindas de Brasília - que no futuro previsível vão nos apoiar em absolutamente nada - vai ser muito local: nos serviços de saúde, nas organizações comunitárias. Não vão ser em ONGs profissionalizadas. ”

Com isso, Parker apontou para a importância de repensar novas modalidades de trabalho, na tentativa de transformá-los em espaços potentes que permitam a construção de respostas territoriais sustentáveis para o controle da epidemia. Torna-se imprescindível "olhar, respeitar e dialogar dentro desses contextos e espaço", disse o antropólogo.

- **SOBRE O LUGAR DAS PAUTAS IDENTITÁRIAS**

Para Richard, 'solidariedade' não deveria ser contraposta à ideia de 'identidade', visto que precisam ser trabalhadas em conjunto. Entretanto, compreende que, em muitos momentos, o movimento identitário tem dificuldade em criar laços de solidariedade com outros grupos, assim, criando barreiras. Para o pesquisador, 'solidariedade' é um princípio ético-político que pode ser defendido a partir da localização das identidades. O exercício de solidariedade, porém, deve superar as barreiras da identidade.

“o movimento frente à AIDS no Brasil foi muito além das caixinhas [...] você tinha uma relação com o movimento LGBT, mulheres, negros. Você tinha laços que foram além das identidades. [...] foi baseado numa política de solidariedade muito mais do que uma política de identidade [...] possibilitou uma movimentação progressista.”

Finalizou “**a AIDS é profundamente política e, se a gente ignora isso, a gente não vai para lugar nenhum**”.

mesa 3

**A descentralização do
cuidado às pessoas
vivendo com
HIV/AIDS:**
desafios para a atenção
integral

coordenação de Lucas Melo
USP-RP

Rafael Agostini
IFF/FIOCRUZ

Gustavo Zambenedetti
UNICENTRO-PR

José Ricardo Ayres
USP

O CASO DO RIO DE JANEIRO: DESAFIOS E POTENCIALIDADES

Rafael Agostini
IFF/Fiocruz

Rafael Agostini contextualizou sua fala através de sua trajetória acadêmica - um lugar híbrido entre a antropologia e a Saúde Coletiva - e seus afetos em relação à atenção básica em saúde para poder tratar dos desafios e potencialidades do tema proposto para a mesa: a **descentralização do cuidado**.

Os **desafios da atenção primária** no cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, apontados pelo pesquisador, giram em torno de 6 eixos oriundos da síntese dos dados parciais de sua pesquisa de doutorado, realizada na atenção primária no Rio de Janeiro:



SIGILO

Agostini apontou o problema do sigilo a partir de dois grandes dilemas: a própria arquitetura da clínica da família (dificuldade em manter o sigilo com baias da recepção próximas umas as outras, por exemplo); e o difícil compartilhamento do cuidado com os agentes comunitário de saúde. Esses profissionais se localizam em um lugar misto entre o profissional e o morador do mesmo território do usuário. Com isso, esses profissionais, caso não seja do desejo do paciente, não podem conhecer o diagnóstico. Essa dinâmica confunde e muda o cotidiano da assistência e cuidado em equipe. Com isso, apesar do esforço coletivo em garantir o sigilo diagnóstico do paciente, em algumas situações, o agente comunitário muitas vezes acaba sabendo o diagnóstico do usuário. Ainda assim, Agostini apontou como a construção gradual do vínculo com esses profissionais permitem aos usuários o compartilhamento dessa informação.

CUIDADO DESTERRITORIALIZADO

O "cuidado desterritorializado", expressão usada por Agostini para se referir à possibilidade de acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS em serviços da atenção primária localizados em bairros diferentes daquele onde reside, também geram desafios para o cuidado. Na pesquisa relatada por Rafael, as agentes comunitárias de saúde não parecem concordar de modo unânime com a medida, no entanto, enfatizam que acatam a normativa. Os médicos, por sua vez, questionam a normativa, mas pontuam a raridade do acontecimento.

NÃO INTERAÇÃO ENTRE ATENÇÃO BÁSICA E OUTROS SERVIÇOS DA REDE

Como a fala anterior de Eduardo Melo abarcou muitas das discussões proposta por esse eixo, Agostini apenas pincelou alguns tópicos. Citou as barreiras de acesso ao especialista e internação, bem como o acesso a alguns exames de média complexidade como importantes dificuldades vividas no cotidiano de trabalho dos profissionais da atenção básica.

ACESSO AVANÇADO

O acesso avançado permite aos usuários a ida à unidade de saúde quantas vezes quiserem, sempre que acharem necessário. Esse modelo de organização se mostrou como um ponto gerador de desafios para a gestão do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS. Com esse modelo de acolhimento, no entanto, se perde um pouco da dimensão da vigilância, visto que se torna difícil monitorar minúcias do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS, como a adesão. Agostini relatou que algumas equipes escolhem não manter uma planilha de monitoramento (por medo desta ser um entrave na garantia do sigilo diagnóstico para o paciente).

CONTEXTO E PROCESSOS DE VULNERABILIDADE

O contexto que vivem muitas pessoas vivendo com HIV/AIDS também se torna um grande desafio para o cuidado. A posição de vulnerabilidade advinda da pobreza, do machismo, do racismo possui grande impacto no acompanhamento em saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS, assim como a dificuldade da mobilidade, a violência armada dos territórios, o estigma e discriminação.



ESTRANHAMENTO E FALTA DE CONFIANÇA COM A CLÍNICA DA FAMÍLIA

Os estranhamentos e hesitações com a clínica da família constituem um desafio no avanço das ações de descentralização, apontou Agostini. Os usuários e profissionais de saúde de outros níveis da atenção se queixam do número de usuários diários na clínica da família, e do fato de serem atendidos por médicos 'generalistas' (nem sempre compreendem a especificidade do médico de família e comunidade), entre outras.

Mesmo diante de tantos desafios, Agostini apontou as **potencialidades** desse processo, apontadas pelos sujeitos da pesquisa, como:



AS **POSSIBILIDADES DE ATENDIMENTO EM MUITOS HORÁRIOS**, PERMITINDO QUE SEMPRE CONSIGAM SER ATENDIDOS.

VÍNCULO COM A UNIDADE E PROFISSIONAIS DE SAÚDE.

ESPECIFICIDADES DA **MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE**: PRESENÇA DO TOQUE E PROXIMIDADE COM O PACIENTE, O COMPROMISSO ÉTICO-POLÍTICO E A PREOCUPAÇÃO CONSTANTE EM "DAR CONTA" DAS DIVERSAS DEMANDAS EM SAÚDE.

AS **AGENTES COMUNITÁRIAS DE SAÚDE**: PROFISSIONAIS FUNDAMENTAIS NO ANDAMENTO DO SERVIÇOS, SE APRESENTAM COMO UM FLANCO DE RESISTÊNCIA CONTRA O DESMONTE DA ATENÇÃO.

No entanto, Agostini atentou para o fato de que a unidade em que realizou o estudo possuía a excepcionalidade de ter programas de residência. Ainda assim, como um próprio usuário aponta - e Agostini nos transmitiu tal fala - "Se é possível ali, é possível em todo lugar". Com isso, o pesquisador defende a necessidade de um maior investimento, formação e valorização do processo de trabalho como um caminho para a melhoria de outras unidades.

Por fim, o pesquisador manifestou a necessidade de superar as discontinuidades da assistência a partir da criação e fomento de múltiplos mecanismos de interlocução entre os atores localizados em diferentes pontos das redes de cuidado.

REDE DE ATENÇÃO PARA O CUIDADO EM HIV/AIDS: TRANSIÇÕES DO MODELO CENTRALIZADO AO MODELO DESCENTRALIZADO

Gustavo Zambenedetti
Unicentro-PR

O professor Gustavo Zambenedetti construiu sua fala através de importantes questionamentos, pistas e analisadores advindos do seu percurso enquanto psicólogo na rede de saúde e pesquisador. Dessa maneira, tratou dos diferentes caminhos da descentralização da atenção de HIV/AIDS no Brasil, especialmente em Porto Alegre e em municípios de pequeno porte, para assim, promover o diálogo e interrogar essas experiências. Assim, Zambenedetti construiu **três 'tempos' para a resposta assistencial à epidemia**, tomando como parâmetro a relação com a atenção básica:



**ANTERIOR À
DESCENTRALIZAÇÃO**
PRÉ-2010



**O PROCESSO DE
DESCENTRALIZAÇÃO**
2010-2019



**MODELO
DESCENTRALIZADO:
QUE QUESTÕES TEMOS HOJE?**
2020



ANTERIOR À DESCENTRALIZAÇÃO PRÉ-2010

Zambenedetti rememorou a história brasileira de resposta à epidemia de HIV/AIDS a partir das formas de intervenção e gestão da assistência em saúde às pessoas vivendo com HIV ao longo do tempo, desde os anos 1980. Com isso, sublinhou Zambenedetti, o início da resposta brasileira ao HIV/AIDS no Brasil remonta um momento pré-SUS, depois incorporado como programa do SUS.

Entre os anos **1980/1990** foi constituído o modelo centralizado em serviços especializados (SAE/ambulatórios, policlínicas, hospitais, COAS/CTA), especialmente para o diagnóstico e o cuidado das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Nesse momento, apenas o trabalho de prevenção era previsto em interface com a atenção básica.

Nos anos 2000 foram lançados os primeiros manuais do Ministério da Saúde em articulação com ações referentes às práticas da atenção básica, como orientações sobre aconselhamento, ações na comunidade e cuidado geral da saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Depois dessas primeiras ações dos anos 2000 houve uma constituição progressiva de **condições de possibilidade para o processo de descentralização:**

EM RELAÇÃO À ATENÇÃO BÁSICA:

- Expansão do SUS, com destaque para a ampliação do número de equipes e cobertura de equipe de saúde da família;
- Grande investimento para a constituição da atenção básica como ordenadora do cuidado

EM RELAÇÃO COM A POLÍTICA DE HIV/AIDS:

- Efeitos da política de acesso ao ARV;
- Mudança da percepção acerca da AIDS (de "condição aguda" para "condição crônica");
- Teste rápido;
- Aumento da prevalência de pessoas vivendo com HIV/AIDS na população;
- Interiorização/expansão geográfica; Simplificação progressiva do esquema ARV.

Para aprofundar tais considerações, Zambenedetti realizou uma breve explanação sobre uma primeira pesquisa na qual se dedicou a interrogar a atenção em HIV/AIDS em uma equipe de saúde da família em Porto Alegre-RS.^{19, 20}

Como resultado da pesquisa, Zambenedetti pôde observar que a equipe participante do estudo não tinha conhecimento sobre os dados epidemiológicos da AIDS, não havia passado por processos de formação/capacitação sobre esse tema, não construía dados de vigilância, nem tinham conhecimento sobre o número de casos de Aids na região adscrita. A atuação relacionada ao cuidado e prevenção ao HIV/AIDS dos profissionais da unidade estudada se restringia às campanhas de prevenção (1º de dezembro e carnaval), à disponibilidade de insumos de prevenção, a palestras em escolas da área adscrita, e aos encaminhamentos para a realização do teste anti-HIV.

O processo de trabalho para a realização do teste se mostrava problemático e fragmentava a atenção ao usuário.

Além disso, o pedido do teste, muitas vezes, denunciava o estigma em torno do HIV/AIDS, pois a indicação do teste acompanhava a determinação de 'grupos de risco' moldados pelo preconceito.

19 ZAMBENEDETTI, G.; BOTH, N. S. . Problematizando a atenção em HIV-Aids na Estratégia Saúde da Família. *Revista Polis e Psique*, v. 2, p. 132-158, 2012.

20 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*, v. 25, p. 41-58, 2013.



O PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO 2010-2019

Zambenedetti apontou contingências a níveis local, estadual e nacional como cruciais para o início do processo de descentralização da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Porto Alegre. Primeiro, o município e o estado começam a ter um **“alerta epidemiológico”** - ocupam o posto de capital e estado com maiores taxas de incidências de AIDS, com alta porcentagem de gestantes com HIV e alto índice de mortalidade entre as pessoas com AIDS. Com isso, a situação do município começa a virar notícia e gerar diversas mobilizações.

Com esse diagnóstico tardio, foi constatado o “inchaço” vivido pelos serviços especializados e a impossibilidade de dar conta da intensa demanda de atendimento. Desse modo, se tornou urgente a adoção de novas estratégias assistenciais, como a descentralização da atenção. Assim, o projeto piloto da descentralização do cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS em Porto Alegre se iniciou entre 2011 e 2012.

A **proposta de descentralização** estabelecida foi: inserção de teste rápido e aconselhamento nas unidades básicas de saúde com e sem equipe de saúde da família; solicitação de exames de CD4 e CV pela unidade básica, assim como realização da primeira consulta médica pós-diagnóstico; acompanhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS assintomáticas nas unidades básicas; encaminhamento das pessoas vivendo com HIV/AIDS assintomáticas atendidas nos serviços especializados para serviços de atenção básica; atribuição da função de matriciamento aos serviços especializados, como SAE e CTA; estratégias de capacitações (pontuais) e matriciamento (acompanhamento), e reuniões periódicas, e-mails, telefone.

A segunda pesquisa relatada por Zambenedetti^{21, 22, 23} se inseriu nesse movimento. O pesquisador buscou acompanhar esse processo piloto de descentralização, junto com a análise de modos de expressão do estigma na relação com o território. A pesquisa, de antemão, possuía o desafio de estar acompanhando e analisando um processo não estabilizado, porém, ao mesmo tempo, teve a chance de mapear os movimentos de convergência e/ou divergência entre as diretrizes políticas e a perspectiva de trabalhadores e dos usuários.

Zambenedetti viu muitas **potencialidades** nesse processo: a equipe demonstrou sensibilidade em relação aos dados epidemiológicos; atuavam sob os princípios da atenção básica/equipe de saúde da família, e por isso, estavam de acordo com a incorporação dessas novas atividades; foi possível uma integração entre aconselhamento e teste; teve participação da comunidade; e iniciaram-se movimentos de capacitação, matriciamento e mobilização subjetiva.

Ainda assim, alguns **desafios** também se mostraram presentes: havia pouca confiabilidade no teste rápido; aconselhamento e comunicação do diagnóstico se mostrou como uma dificuldade para a equipe de saúde da família; processo de tecnicização (teste) e redução do aconselhamento (essa prática foi se perdendo); a percepção de sobrecarga de trabalho (com o tempo se diluiu); equipes incompletas; e intensa rotatividade dos profissionais.

21 ZAMBENEDETTI, G. O paradoxo do território e os processos de estigmatização da Aids na Atenção Básica em Saúde. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional. UFRGS. 2014.

22 ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, Rosane. A. N. O paradoxo do território e os processos de estigmatização no acesso ao diagnóstico de HIV na atenção básica em saúde. Estudos de Psicologia (Natal. Online), v. 20, p. 229-240, 2015.

23 ZAMBENEDETTI, G. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. Physis. Revista de Saúde Coletiva (UERJ. Impresso), v. 26, p. 785-806, 2016.

Simultaneamente a estes desafios, Zambenedetti identificou um ponto que se sobressaiu na análise dos dados da pesquisa: a coexistência das duas dimensões sobre o território e sua relação com o estigma. Afinal, o atendimento às pessoas vivendo com HIV/AIDS no território facilita o acesso - devido à proximidade - ou dificulta - devido ao estigma que constrange?

“ [...] a gente tem uma lógica de pensamento dicotômica muitas vezes. É ou uma coisa ou outra. Ou facilita ou dificulta. Não. Aqui ele facilita e ao mesmo tempo ele pode constranger. [...] a lógica do paradoxo, ela embaralha mesmo os nossos códigos, ela confunde, porque são as duas coisas ao mesmo tempo. ”

Logo, para Zambenedetti, essas lógicas coexistem, o atendimento no território pode facilitar e dificultar o acesso. Por isso, o pesquisador defendeu que não pode haver um único fluxo em que o sujeito precisa se encaixar.

Com isso, acaba havendo uma disputa discursiva: a fixação do usuário ao território (defendida principalmente pelo gestor), a flexibilização sobre esse acompanhamento - o usuário pode fazer a escolha de mudança de unidade de atendimento, e, por último, a interrogação sobre essas escolhas, ou seja, interrogar a relação do usuário com o território. Assim, Zambenedetti defende a necessidade de criar **estratégias** para lidar com isso, como discussões dentro do próprio espaço de atendimento e outras estratégias de gestão do estigma (oferta de teste, revelação do diagnóstico etc.).



MODELO DESCENTRALIZADO: QUE QUESTÕES TEMOS HOJE? 2020

Segundo Zambenedetti, o município que se dedica a estudar vive um momento de “relativa estabilização”. Com isso, permite questionar sobre como tem se dado os cuidados às pessoas vivendo com HIV/AIDS em um cenário de atenção já descentralizada.

Zambenedetti apontou para a importância do mapeamento dos diferentes dispositivos de efetivação da descentralização para, assim, coletivizar as experiências. Sugere interrogar essas experiências e analisar os pontos de tensão do sistema atual, os furos, os modos de expressão do estigma e como ele se atualiza, por exemplo.

Diante disso, no entanto, o pesquisador identifica alguns **desafios estruturais e políticos da atenção básica:**

- A ROTATIVIDADE E PRECARIZAÇÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO
- BORRAMENTO DE DIRETRIZES QUE IMPULSIONAVAM A PROPOSTA DO CUIDADO INTEGRAL
- QUESTÕES TRANSVERSAIS AO SUS: DISPUTAS SIMBÓLICAS (PERCEPÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA COMO UM PONTO “MENOS QUALIFICADO”)

VULNERABILIDADE, CUIDADO E INTEGRALIDADE

José Ricardo Ayres
DMP - FMUSP

O professor José Ricardo Ayres contribuiu com a discussão em pauta com uma imprescindível fala sobre o **contexto paradigmático**, e explicou conceitos importantes na produção da resposta brasileira à epidemia de HIV/AIDS que auxiliam na reflexão acerca do processo de descentralização.

“ [...] essas construções, nesse momento de retrocesso, se tornam um instrumento de resistência. ”

Para tratar disso, Ayres fez a apresentação de três conceitos, pensados como dispositivos de resistência em suas articulações com as práticas:

VULNERABILIDADE

CUIDADO

INTEGRALIDADE

Além disso, apontou:


“ Não pode se iludir que a questão seja ‘centralizar ou descentralizar?’, mas tem que ver, nesse processo de centralização ou descentralização, qual é de fato o ‘inimigo’, o que a gente precisa evitar nesse processo [...]. O que é que está no horizonte que a gente não pode perder de vista e que deve ser evitado? A biomedicalização [...], - risco importante nessa integração com a atenção primária; a individualização [...]; e o abandono da perspectiva dos direitos. ”

VULNERABILIDADE

Ayres discorreu sobre as raízes do conceito de vulnerabilidade no Brasil e no mundo. Aos poucos, os direitos humanos passaram a ser mais do que uma referência genérica, e começaram a aparecer como instrumento para o pensar e agir. No Brasil, a saúde foi constituída como direito no momento que o mundo inteiro estava desmontando ou não investindo em saúde.

No país, há uma análise de determinação social e intervenção na realidade. Os direitos aparecem de forma singular: “direitos como uma bandeira política, não apenas como um recurso jurídico”, sublinhou Ayres. Além disso, o contexto brasileiro confere peculiaridades no modo com que o quadro de vulnerabilidade é constituído: como totalidade compreensiva, tentando superar a dicotomia entre o individual e o coletivo.

Nesse contexto, Ayres apresentou **três dimensões da vulnerabilidade**:

- 
- a) O individual sempre como intersubjetividade;
 - b) O social sempre como contextos de interação: experiência concreta da intersubjetividade, atravessada por normatividades e poderes baseados na organização política, estrutura econômica, relações de gênero, raciais, geracionais, entre outras;
 - c) O programático sempre como formas institucionalizadas/ cristalizadas de interação, isto é, como conjunto de políticas, serviços e ações organizadas e disponíveis em conformidade com os processos políticos dos diversos contextos sociais.

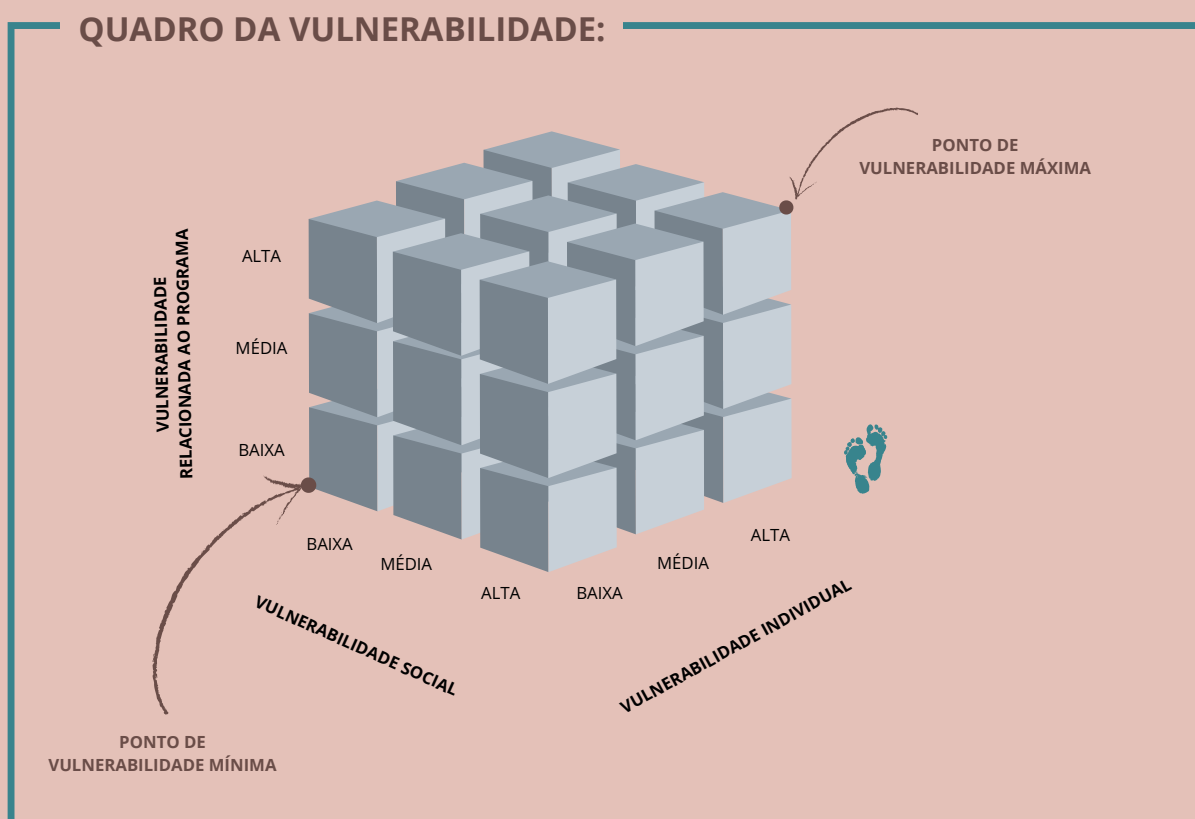
O autor ratificou:

“ [...] *tratamos de 'relações de vulnerabilidade', não de 'populações vulneráveis'.* ”

O pesquisador compreende a primeira expressão como a mais adequada. Para o pesquisador, as relações sociais estão na base de situações de vulnerabilidade, negligência e violação de direitos humanos (relações de gênero, raciais, geracionais, socioeconômicas), não as identidades (ser mulher, negra, adolescente, pobre).

Nesse sentido, a vulnerabilidade deve dizer respeito sempre a uma questão específica, logo é importante se perguntar “vulnerabilidade de quem para quem? Em que circunstância?”. Dessa forma, torna possível um escape do essencialismo de pensar que existem pessoas e populações vulneráveis *por natureza*.

Para nortear essa análise, Ayres apresenta o seguinte quadro:



²⁴ AYRES, J. R. C. M.; PAIVA, V.; FRANÇA JÚNIOR, I. Conceitos e práticas de prevenção: da história natural da doença ao quadro da vulnerabilidade e direitos humanos. In: PAIVA, V.; AYRES, J. R.; BUCHALLA, C. M. (Org.). Vulnerabilidade e direitos humanos: prevenção e promoção da saúde. Curitiba: Juruá, 2012. v. 1, p. 71-94.

CUIDADO

O cuidado, por sua vez, foi referenciado por Ayres como uma “construção conceitual para pensar modos de fazer que não se deixem reduzir à biomedicalização”.

Com isso, “cuidar” toma um sentido diferente de “tratar” na concepção de Ayres. Neste sentido, propôs superar essa concepção tradicional em que existe um profissional de saúde detentor de saberes técnicos científicos aplicáveis sobre os pacientes, e onde os saberes práticos ficam à margem.

Assim, alcança outra perspectiva de cuidado, um cuidado que se dá em uma relação dialógica entre dois sujeitos (sujeito cuidador/profissional – sujeito cuidado) em que ambos detêm saberes tecnocientíficos e práticos.

Ayres fez a proposta de se pensar em um “**projeto de felicidade**”, um projeto relacional que funciona como aquilo que permite juntar os saberes tecnocientíficos com os sucessos práticos (aquilo que realmente vai funcionar na vida cotidiana). Para isso ser possível, disse Ayres, é importante perguntar: “o que move as pessoas?”, “o que é importante?”, “como elas querem construir a vida delas?”.

“[...] nós, na saúde, estamos o tempo todo fazendo escolhas técnicas que têm implicações ético-morais e políticas. Para isso, **não há regra, não há lei, não há regularidade que nos permita de antemão saber o que precisamos saber e qual será o resultado de nossas decisões**, mas temos condição de buscar quais são as decisões mais virtuosas, aquelas que podem produzir mais felicidade. E aí, do ponto de vista normativo, uma normatividade não moralizante, não autoritária, mas que cabe à perspectiva dos direitos.”

INTEGRALIDADE

Ayres compreende a integralidade como um conceito 'reconstrutivo', que modifica as práticas e pode ser um orientador de reconstrução destas.

QUATRO EIXOS/PLANOS DA INTEGRALIDADE:

NECESSIDADES:

Enriquecimento da demanda por assistência médica com ausculta e resposta a outras necessidades relacionadas aos projetos de felicidade; ex: diagnóstico de vulnerabilidade e direitos humanos

FINALIDADES:

Incorpora desde promoção da saúde, reabilitação e reinserção social, de modo que faça sentido para aquelas pessoas, naquele contexto específico. Integra as ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento de doenças e sofrimentos e recuperação da saúde/reinserção social

ARTICULAÇÕES:

Composição de saberes interdisciplinares, equipes multiprofissionais e ações intersetoriais.

INTERAÇÕES:

Construção de práticas de cuidado favorecedoras de interações intersubjetivas sensíveis e responsivas aos projetos humanos envolvidos no trabalho.

DEBATE COM RAFAEL AGOSTINI, GUSTAVO ZAMBENEDETTI E JOSÉ RICARDO AYRES

coordenação de Lucas Melo
USP/RP

Lucas Melo sintetizou algumas das falas anteriores e estimulou a discussão de alguns tópicos com questionamentos direcionados para cada um dos painelistas. Após esse primeiro momento de perguntas e respostas, participantes da plateia comentaram as apresentações e elaboraram outros questionamentos.

- **SOBRE O SILÊNCIO, O SEGREDO E O SIGILO**

Lucas Melo, em um primeiro momento, direcionou questionamentos sobre o tema para Rafael Agostini. Solicitou ao painalista que discorresse sobre a diferença entre tais termos e suas implicações práticas. Lucas sugeriu que o 'sigilo' seja algo mais restrito à atuação profissional, enquanto silêncio seja algo do não-falar/não-dito, e, o segredo, por sua vez, como algo que possui mais materialidades.

Agostini compreende que não há de fato um silêncio sobre a soropositividade no contexto da atenção, pois as pessoas vivendo com HIV/AIDS são identificadas nas discussões intraequipe. No entanto, para o pesquisador, é justamente este não-silêncio, nas possibilidades de estabelecimento de diálogo entre os profissionais que se torna possível garantir o sigilo.

- **SOBRE A 'EXCEPCIONALIDADE POSITIVA' DE UM SERVIÇO DE ATENÇÃO BÁSICA**

Lucas atentou para a excepcionalidade positiva acerca do serviço apresentado por Rafael Agostini, com uma composição robusta de equipe e presença de programas de residência. Questiona: "isso guarda alguma relação com o processo em curso no Brasil da ampliação da residência médica? Como isso se construía na integração entre ensino serviço e comunidade? Como esses processos que aparecem como potencialidades aparecem nesse contexto de crise?"

Agostini apontou para a marca da expansão da residência do município, com bolsas mais vultosas do que bolsas de outras residências médicas, como um dado que auxilia na justificativa do sucesso da unidade. No entanto, as qualidades do serviço em questão extrapolam a residência, apesar deste poder ser descrito como o eixo central. A clínica possui uma infraestrutura impecável, as agentes comunitárias em saúde possuem uma larga experiência, entre outros fatores excepcionais.

- **SOBRE A DISTÂNCIA E PECULIARIDADES DO TEXTO DA POLÍTICA E AS MANEIRAS POSSÍVEIS DE IMPLEMENTAÇÃO NA PRÁTICA**

Este tópico de discussão foi direcionado ao professor Gustavo Zambenedetti, que trabalhou e realizou pesquisas em cidades com perfis muito diferentes. Lucas perguntou sobre o quanto a aplicação da política se configura de maneira diversa e como isso se coloca como desafio.

Zambenedetti atentou para o problema do olhar colonizador da cidade grande/centro urbano para a cidade de interior. Por isso, considera importante a complexificação e especificação do território e das pessoas que ali estão para pensar a construção de políticas e modos de atenção em redes locais.

- **SOBRE ESTIGMA E TERRITÓRIO**

Lucas Melo comentou a relação entre estigma e a construção da lógica do território estabelecida no SUS. Para Melo, o estigma tensiona/provoca um repensar do conceito de território, uma vez que mesmo o movimento de aderir ao tratamento pode aumentar a exposição do estigma.

Agostini defendeu a importância de se afirmar uma noção de um território móvel. Zambenedetti, por sua vez, incluiu a necessidade de compreender as singularidades dos diferentes territórios e os possíveis usos e entendimentos sobre a rede de saúde em sua relação com a gestão do estigma. Como exemplo, o pesquisador explicou que no contexto das cidades pequenas, estar vinculado a um serviço especializado de atendimento em HIV/AIDS pode significar maior exposição ao estigma do que um atendimento próximo à própria casa do usuário.

- **SOBRE A BANALIZAÇÃO DO CONCEITO DE VULNERABILIDADE**

Lucas Melo direcionou o tópico de discussão acerca da banalidade do uso do conceito de vulnerabilidade nos discursos dos profissionais de saúde a José Ricardo Ayres. Perguntou: "quais são as possibilidades de enfrentar a complexidade que é pensar esses processos de vulnerabilização?"

Ayres explicou que o conceito de vulnerabilidade encontra-se numa constante disputa de narrativa, com duas comuns colonizações: 1. como se tivesse o mesmo sentido de 'risco' e os termos fossem sinônimos; ou, 2. por não se fala mais de risco, só vulnerabilidade – o que, de novo, acaba por misturar os termos. Além disso, outro uso problemático denunciado pelo autor é associá-lo diretamente a grupos específicos. Com isso, tratando-os de forma essencialista. Para escapar dessa armadilha, sugere a terminologia 'relações vulnerabilizadoras'.

- **SOBRE IDOSOS, HIV/AIDS E OUTRAS POPULAÇÕES INVISÍVEIS**

A psicóloga Liliane Bruno teceu alguns comentários acerca da invisibilidade dos idosos vivendo com HIV/AIDS.

Ricardo Ayres ratificou a importância de estar atento às populações invisíveis e comentou sobre outros momentos da epidemia em que certas moralidades invisibilizaram grupos de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

- **SOBRE AS DIFERENTES VISÕES DE MUNDO E MODOS DE ATUAÇÃO NOS DESENCONTOS INTRAEQUIPE**

Sandra Filgueiras comentou o seu cotidiano com serviços de saúde na atenção primária e as diferentes visões de mundo aparentes nas relações intraequipe, os diversos modos de cuidar e os desencontros desse processo. Questionou: "como fazer para cuidar nesse cenário? Como lidar com esse desencontro do cotidiano de trabalho?".

Zambenedetti, em resposta, falou sobre a necessidade de manter espaços de conversa e pactuação constantes, como reuniões de equipe e formação continuada com potência para o diálogo, não espaços puramente burocráticos ou vexatórios.

- **SOBRE OS IMPACTOS DAS RELAÇÕES DE PODER NO PROCESSO DE DESCENTRALIZAÇÃO**

Luziana Marques perguntou: "como pensar a questão da descentralização levando em consideração as relações de poder (generalistas, infectologistas)? Quais são os impactos das relações de poder?"

De forma sucinta, Ayres respondeu: "com diálogo". Explicou sobre a necessidade de partilha de poder necessária na construção de equipes interdisciplinares. Agostini, por sua vez, compreende que a questão do poder está colocada, inclusive no ponto de vista econômico. No entanto, também aposta no diálogo.

- **SOBRE A POLÍTICA DE INTEGRIDADE DA GESTÃO, O RISCO INSTITUCIONAL E O IMPACTO DO CUIDADO EM SAÚDE**

Para Agostini, o gerencialismo aparece por parte da gestão através das metas e número de usuários atendidos. Apontou uma resistência mais ativa dos médicos, mas incluiu a resistência mais silenciosa no caso dos outros profissionais. O argumento dado por todos revela a incompatibilidade do cuidado de qualidade e metas inacessíveis.

Ayres complementou o debate pontuando a inexistência da saúde pública sem algum grau de gerência. No entanto, assinalou a importância em manter uma vigilância para não ser *gerencialista* e estabelecer normas pouco sensíveis aos contextos locais.

SEMINÁRIO

CORO DE VOZES NUMA TEIA DE SIGNIFICADOS sobre o cuidado às pessoas vivendo com **HIV/AIDS** na rede de atenção à saúde

11 de fevereiro

8h30 Acolhimento
9h – 9h30 Abertura

IFF, ENSP, UFF, Gerência de AIDS/SMS, Coordenação AIDS/SES
Movimento Nenhum Serviço de Saúde a Menos, ABIA,
Grupo Pela Vidda

9h30 – 12h Mesa 1: Os desafios do cuidado nas redes
de atenção à saúde no município do Rio de Janeiro
Coordenação: *Ivnia Maksud* (IFF/Fiocruz)

Situação da Linha de Cuidado à Pessoa vivendo com HIV-Aids
na cidade do Rio de Janeiro – *Guilherme Silva* (Gerência de AIDS/SMS)
A experiência e resultados da pesquisa Raids no SUS – RJ
Eduardo Melo (ENSP/Fiocruz-ISC/UFF)

Debatedores: *Ruben Mattos* (IMS-Uerj) e *Veriano Terto Jr* (ABIA)

13h30 – 15h30 Grupos de Trabalho:
O cuidado às pessoas vivendo com HIV/AIDS no município
do Rio de Janeiro: como fazer mais e melhor no cenário atual?
15h30 – 16h30 Plenária
Coordenação: *Eduardo Melo* (ENSP/Fiocruz)

Inscrições poderão ser realizados no local do evento ou antecipadamente pelo link:
<https://forms.gle/eQR5hcf4ihRRuveb7>

12 de fevereiro

9h – 12h Mesa 2: Macro e micro política
na resposta brasileira ao HIV/AIDS nos dias atuais
Coordenação: *Fátima Rocha* (ENSP/Fiocruz)

Tulio Franco (UFF)
Richard Parker (ABIA)

13h – 16h30 Mesa 3: A descentralização do cuidado
às pessoas vivendo com HIV-Aids: desafios para a
atenção integral
Coordenação: *Lucas Melo* (USP/RP)

Rafael Agostini (IFF/Fiocruz)
Gustavo Zambenedetti (UFPR)
José Ricardo Ayres (USP)

Encerramento: *Eduardo Melo* e *Ivnia Maksud*
(Coordenação da Pesquisa Raids)

11-12
de fevereiro
2020

Fundação Casa de Rui Barbosa
Rua São Clemente, 134, Botafogo RJ

Parceria:
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro

Apoio:
FAPERJ
Fundação Casa de Rui Barbosa

Organização:
IFF/Fiocruz
ENSP/Fiocruz
ISC/UFF



