

Indetectável = Intransmissível na ponta do serviço de saúde?

Estudo antropológico do Tratamento como Prevenção (TcP) no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga em João Pessoa/PB¹

Geissy dos Reis Ferreira de Oliveira – UFPB/Brasil
Mónica Lourdes Franch Gutiérrez – UFPB/Brasil
Luziana Marques da Fonseca Silva – UFPB/Brasil

Palavras-chave: HIV/Aids; Grupos de Risco; Tratamento como Prevenção.

Situado no campo de estudos do HIV² e da Aids³, este trabalho etnográfico se debruça sobre o Tratamento como Prevenção (TcP), tecnologia preventiva ao HIV que, assim como a Profilaxia Pós Exposição (PEP) e a Profilaxia Pré Exposição (PrEP), se insere na resposta biomédica global de enfrentamento ao HIV. O TcP é percebido aqui a partir do contexto paraibano, com campo de pesquisa no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga, equipamento localizado no bairro de Jaguaribe, em João Pessoa. Partimos da Antropologia da Saúde, em equipe, e juntos/as adentramos o Serviço de Atendimento Especializado (SAE) em HIV/Aids no referido hospital, que, até então, funciona como uma espécie de centro de referência e aglutinador de serviços. Além do SAE, o “Clementino”, como é popularmente chamado, comporta ambulatórios de: Hepatites Virais, Sífilis, Tuberculose e atende casos de Hanseníase (embora não conte com ambulatório exclusivo). Na área externa do hospital, está alocado o Ambulatório de Saúde Integral para Travestis e Transexuais.

À equipe à qual me refiro, me uni em torno do então projeto PIBIC *Fases e Faces do HIV/Aids na Paraíba*, em 2018, com orientação da Prof. Dra. Mónica Franch e da Prof. Dra. Luziana Fonseca. Projeto amplo, orientado à investigação das três mais recentes (pensando em termos de implementação no Sistema Único de Saúde, o SUS) tecnologias biomédicas preventivas ao HIV/Aids, que atualmente fazem parte da chamada Prevenção Combinada, abordagem que articula (em tese) estratégias estruturais, comportamentais e biomédicas para a prevenção da transmissão do HIV. O estudo se desenhou a partir de três eixos investigativos, a saber, a Profilaxia Pré-Exposição, ou PrEP, pesquisa sobre a qual se debruçou o colega Wertton Luís; a

¹ Trabalho apresentado na 32ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 30 de outubro e 06 de novembro de 2020.

² Vírus da imunodeficiência humana (*High Density Lipoprotein*).

³ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*).

Profilaxia Pós-Exposição, ou PEP, investigada pela colega Clara Maciel; e por fim, a estratégia, cuja implementação etnografei, junto às orientadoras desta pesquisa, o Tratamento como Prevenção, ou TcP.

De modo a situar o momento deste estudo, apontamos aqui o caráter que a Aids assumiu de doença crônica, ou doença de longa duração (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008; FRANCH; LONGHI; NEVES, 2015). Partícipes dessa transformação, o desenvolvimento tecnológico farmacêutico e médico, associado às políticas que garantem a distribuição universal da medicação antirretroviral, contribuíram na diminuição do número de mortes por Aids (FRANCH, *et al*, 2015). Nesta passagem da *aids aguda* para a *aids crônica*, (ALENCAR, *et al*, 2008), “a entrada em cena deste novo arsenal tecnológico, que compõe a fase crônica da doença, reposicionou os sujeitos frente à epidemia.” (Ibidem, p. 1843).

Se o acesso universal a atendimento médico e medicação gratuita é, sem dúvida, uma conquista cidadã obtida no bojo da redemocratização graças, em boa medida, à luta da primeira geração de ativistas brasileiros no campo do HIV/Aids, a ênfase excessiva no manejo biomédico da infecção, abrangendo agora também a prevenção, em detrimento de abordagens comunitárias ou sociais tem gerado um certo mal-estar no movimento social e tem sido objeto de atenção, igualmente, dos estudiosos da temática. Há ambivalências em torno dos avanços tecnológicos, por um lado, desejados e demandados pelo movimento social de HIV/Aids e pelas PVHA, por outro lado, objeto de desconfiança e de crítica:

Se a vulnerabilidade é coletiva, temos que ter uma resposta coletiva. Além disso, é preciso criticar os gestores que se deixam levar por uma estratégia medicalizante que promove o desperdício de experiência. Não tem que ser assim, mas, entre nós, avanços médicos claramente desejáveis estão nos fazendo desperdiçar experiências políticas e perder as memórias de luta e a conexão com os direitos humanos e a solidariedade. Na esperança de que possamos nos orgulhar mais uma vez da resposta brasileira à AIDS, deixamos vocês com as palavras inspiradoras de Betinho: "Solidariedade, amigos, não é algo que você agradece, é algo que você comemora". (PARKER; SEFFNER, 2016, p. 305, tradução nossa).

Inserido no conjunto destas novas tecnologias biomédicas preventivas, o Tratamento como Prevenção não tem recebido, até agora, a atenção que as outras duas tecnologias de base farmacológica (a PEP e a PrEP) vem adquirindo, nem do ponto de vista acadêmico, nem do movimento, nem, como veremos, no próprio serviço.

O TcP é resultado do reconhecimento, a partir de pesquisas da área biomédica, de que a possibilidade de transmissão do HIV por parte de pessoas HIV+ torna-se “negligenciável” quando, a partir da adesão ao tratamento medicamentoso, a carga viral passa a ser indetectável.

A primeira destas pesquisas, de escala internacional, a HPTN 052, é iniciada em 2005 e se propõe a investigar o potencial preventivo da TARV (Tratamento Antirretroviral). Realizada junto a mais de 1.700 casais sorodiferentes, o estudo é interrompido em 2011 pela ocorrência de 39 casos de infecção. Destas infecções, “27 ocorreram em casais em que o parceiro soropositivo não tinha começado a terapia antirretroviral imediatamente. Isso se traduziu em uma redução de 96% no risco de transmissão” (BELOQUI, 2018, p. 38). Os resultados deste estudo tiveram implicações na resposta global de enfrentamento ao HIV/Aids, da qual o Brasil é partícipe:

Os resultados do estudo HPTN-052 deram o combustível para a adoção da estratégia ‘Testar e Tratar’, que propõe a tratar as PVHA assim que sejam diagnosticadas com o HIV, independente de sintomas ou contagens de CD4, tendo como finalidade primeira a redução da transmissão do HIV. O Protocolo Clínico brasileiro de 2013 incorporou essa perspectiva e os médicos deveriam estimular o seu uso para quaisquer pacientes, visando a redução da transmissão do HIV – com a indicação, contudo, de que deveriam continuar usando preservativos. (BELOQUI, 2018, p. 39).

Temos aqui um marco na resposta brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids. Ao aderir a estratégia de “Testar e Tratar”, apresentada no bojo da Meta 90-90-90⁴, o Brasil, pela primeira vez, torna possível o TARV para a PVHA assim que diagnosticadas – independente da contagem de CD4 – em virtude, primordialmente, de seu potencial preventivo.

PARTNER foi a segunda destas pesquisas. Com início em 2010 e término da primeira fase em 2014, o estudo contou igualmente com casais sorodiferentes homossexuais e heterossexuais, enquanto que na segunda etapa, com término em 2018, somente casais homossexuais compuseram a pesquisa. Diferente do HPTN 052, fica estabelecido na feitura deste estudo, que o/a parceiro/a HIV+ viralmente suprimido/a (RNA do HIV-1 <200 cópias/mL) não é passível de transmitir o vírus HIV por via da relação sexual. Tal

⁴ “Um painel assessor do UNAIDS [Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS] composto por especialistas mundiais em tratamento deu origem à concepção da meta 90-90-90”. (UNAIDS, 2015, p. 15) Até 2020, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV saberão que têm o vírus. Até 2020, 90% de todas as pessoas com infecção pelo HIV diagnosticada receberão terapia antirretroviral ininterruptamente. Até 2020, 90% de todas as pessoas recebendo terapia antirretroviral terão supressão viral.” (UNAIDS, 2015, p. 1)

qual entre os casais componentes da primeira parte desta pesquisa, os casais homossexuais desta última, relataram terem feito sexo sem uso do preservativo. De todos os casais participantes do estudo, em nenhum deles foi constatado casos de infecção ocorridos dentro do casal. Logo, a taxa de transmissão do HIV entre casais sorodiferentes, em que o parceiro HIV+ está indetectável, foi de 0%.

Cabe aqui um adendo; enquanto o estudo HPTN 052 traz como resultado a porcentagem de 4% de possibilidade de infecção por HIV, numa relação sexual cujo/a parceiro/a HIV+ estivesse em TARV, este estudo, diferentemente do que viria a *posteriori* (o PARTNER), não aciona a condição de indetectabilidade dos/as sujeitos/as partícipes do estudo. Assim, mesmo que as pessoas vivendo com HIV/Aids, estivessem em TARV, sua indetectabilidade viral para o HIV não era uma questão, e é daí que pode ter resultado os casos de infecção, uma vez que o estudo PARTNER traz a comprovação científica da impossibilidade de uma PVHA transmitir o vírus HIV por via da relação sexual, estando indetectável.

Com base nessas pesquisas, na 9ª Conferência da IAS (Sociedade Internacional de Aids em Paris), em julho de 2017, foi tornado público um Consenso em torno do lema “Indetectável = Intransmissível”, campanha internacional com fins de contribuir para a normalização da vida das pessoas vivendo com HIV.

Neste ponto fazemos um exercício analítico de descolamento da proposta do TcP oriunda do cenário internacional de saúde, para o que percebemos nos caminhos de sua implementação na Paraíba, e também da abordagem pelo Ministério da Saúde. Pensamos que essa percepção de normalização é apenas discursiva, já que em termos práticos, esta política tem sido implementada no Hospital Clementino Fraga como um dispositivo de prevenção, colocando a PVHA como mero vetor da transmissão do vírus. O que se coaduna ainda, acreditamos, à incorporação incompleta do “consenso científico” de que Indetectável = Intransmissível.

Consta no último *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* (PCDT), do Ministério da Saúde (2018):

O uso de ARV [Antirretroviral] representa uma potente intervenção para a prevenção da transmissão do HIV. Diversas evidências científicas oferecem fortes evidências de que o tratamento de indivíduos infectados pelo HIV pode reduzir significativamente a transmissão sexual do HIV. [...] Tais evidências indicam que a terapia antirretroviral é uma importante contribuição para a prevenção. [...] Assim, uma pessoa com HIV, sem nenhuma outra IST, seguindo TARV corretamente e com [Carga Viral] CV-HIV suprimida, tem

mínimas chances de transmitir o HIV pela via sexual. O uso do preservativo continua sendo recomendado como forma de cuidado adicional para evitar reinfecção pelo HIV e para prevenção de outras IST e hepatites. (p.89)

Deste modo, o TcP é apresentado pelo discurso oficial de saúde pública no Brasil como uma tecnologia preventiva que contribui de forma importante para a prevenção. Na página seguinte do protocolo, destinada ainda à TARV como Prevenção (sinônimo de Tratamento como Prevenção), é explicitada a condição do direito ao TcP em sua abordagem integral, e também o roteiro desta comunicação:

No aconselhamento à PVHIV e suas parcerias, a mensagem deve ser clara e objetiva, sendo *direito* da pessoa vivendo com HIV e das pessoas não reagentes para o HIV saberem: 1. Que nunca foi comprovada uma transmissão por pessoa com HIV em supressão viral. 2. Que o *risco* estimado nesses casos é tão pequeno que pode ser considerado insignificante. (p.90, grifo nosso).

Por fim, o protocolo atenta para “algumas condições [que] devem ser atendidas e levadas em consideração ao informar os pacientes sobre a redução do *risco* de transmissão sexual do HIV:” (p. 90, grifo nosso) 1) ter excelente adesão à TARV e ao monitoramento da Carga Viral (CV)-HIV; 2) ter CV-HIV indetectável há no mínimo seis meses; e 3) não apresentar quadro de infecção por outras IST’s.

É importante destacar a abordagem concernente a este discurso (que tal qual consta no próprio nome do documento, tem papel de organizar a protocolização/formalização da tecnologia no SUS, bem como, servir de diretriz ao *manejo da infecção pelo HIV em adultos*), que atenta para a importância da supressão viral (do HIV) na prevenção da transmissão sexual do HIV, mas que orienta fortemente à recomendação do uso da camisinha. Mesmo diante de novas tecnologias, parece existir um apego a velhas fórmulas: “o mesmo mantra é repetido em campanhas desde o início da epidemia de Aids: use camisinha.” (PARKER, 2017).

A partir da leitura do citado PCDT, notamos o manuseio da noção de *risco* (AYRES, et al., 2009a; 2009b; FRANCH; PERRUSI, 2012; JEOLAS; NEVES, 2012) na dupla abordagem: a) nas recomendações do Ministério da Saúde, quanto à relutância em apresentar o TcP enquanto tecnologia preventiva eficaz, do que deriva que seu potencial de normalização da experiência (Herzlich, 2004) da PVHA não é acessado, ao invés, toma-se por estratégia, o usual *pode reduzir significativamente a transmissão*; b) na delimitação de um perfil de PVHA, a quem possa ser transmitida informações acerca do TcP, e logo da interdependência entre as noções de indetectável e intransmissível. Ao

cabo, a informação retida, e a partir de um funil, transmitida, é de que a PVHA com carga viral indetectável não é passível de transmitir o vírus HIV por via da relação sexual. Perfil este que aparece na ponta do serviço de saúde com alguns acréscimos, o que veremos mais à frente.

Ayres, *et al.* (2009a) compreendem a noção de *risco* a partir de duas chaves: utilizado no âmbito da epidemiologia, e fora da esfera científica. Os autores atentam para o carácter polissêmico da palavra, a qual não se tem ao certo delimitado o idioma do qual se origina, se do português ou espanhol. Quanto a seu significado, pode-se dizer que foram múltiplos no curso da história, atrelados a distintas noções; na Europa ocidental do século passado, seguem os autores, “su significado ya se encontraba relacionado a las apuestas y chances de ganancias y pérdidas en ciertas modalidades de juegos (llamados de azar). En épocas más recientes, adquirió significados referidos a desenlaces negativos.” (p. 325). Quanto a seu emprego pela ciência “En la biomedicina, estos análisis sirvieron para dimensionar los posibles riesgos en la utilización de tecnologías y procedimientos médicos.” (p. 325) Enquanto conceito “este término surge en el lenguaje epidemiológico británico a inicios del siglo XX.” (p. 326).

El concepto de riesgo aparece en los textos básicos del campo epidemiológico como un concepto operacional, por lo tanto como una definición técnica. En ese discurso, el concepto de riesgo privilegia el componente menos importante de la reserva semántica agregada al riesgo en el discurso social común, que es la dimensión de la probabilidad. El sentido secundario de posibilidad de ocurrencia de eventos se traduce como la probabilidad de ocurrencia de eventos o fenómenos vinculados a la salud, integrado como dimensión fundamental del concepto en este campo. En su origen, el concepto de riesgo en epidemiología incluía la idea de daño solo subsidiariamente, y cada vez más se habla de riesgo haciendo referencia también a pronósticos positivos. (AYRES, *et al.*, 2009a, p.326)

Nos parece que, ao aproximar esta compreensão de risco, como termo biomédico (tal como analisado por Ayres *et al.*), das recomendações aos/às profissionais de saúde no trato com as PVHA (constantes no citado PCDT) – manuseio do termo (risco) –, o risco como referência a prognósticos positivos significa bem a interconexão entre estes fenômenos, e ainda, com o que foi percebido, em contexto etnográfico, na ponta do serviço de saúde, no Hospital Clementino Fraga, onde aponta uma nova categoria de risco: a noção de “filtro”.

Em interlocução com funcionários e profissionais de saúde do referido serviço, integrantes do movimento social de HIV/Aids, gestão estadual de saúde, e pessoas que vivem com HIV/Aids (PVHA), somado à observação participante no hospital, partimos

para compreender a forma como o TcP se fazia presente ali, no campo do HIV/Aids do estado, e no modo como se aglutina às experiências das PVHA, juntamente às experiências desvinculadas desta tecnologia, mas que dizem respeito à TARV (Terapia Antirretroviral), e ao HIV/Aids propriamente.

Formalmente iniciamos a pesquisa, alguns dos resultados da qual são aqui discutidos, ao final do ano de 2018. A entrada em campo no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Dr. Clementino Fraga deu-se no ano de 2019, em virtude das formalidades com as quais tivemos que nos haver – a submissão do projeto de pesquisa à Plataforma Brasil foi uma dessas etapas. Já em campo, a pesquisa contou com PVHA em atendimento no Ambulatório de HIV/Aids como interlocutores-chave. Os critérios de participação na pesquisa foram dois: ser uma PVHA em TARV no Hospital Clementino Fraga; e ter recebido o diagnóstico há no mínimo 5 anos. Ao todo foram entrevistadas 5 pessoas que vivem com HIV/Aids, que aqui chamarei: Terra, Mar, Rio, Chuva e Vento. Pessoas com tempo de diagnóstico e tempo de tratamento distintos, tal qual suas experiências narradas.

Nas entrevistas semiestruturadas, realizadas ali mesmo no ambulatório – com Terra⁵ e Mar, individualmente, estivemos num consultório médico “disponível”; com Chuva, nos sentamos numa área aberta interna ao hospital, entre duas alas de internação; na sala de espera, estive com Vento numa entrevista bastante breve, encerrada porque sua consultada se iniciava; Rio e eu falamos no corredor, próximo à sala de espera do ambulatório, já com menos circulação de pessoas – voltamo-nos às experiências dos/as interlocutores/as com o HIV/Aids, com o referido serviço de saúde e à compreensão que nutriam, ou não, acerca do TcP e das categorias médicas, CD4, indetectável e intransmissível.

Em campo, a partir da observação participante, das referidas entrevistas com PVHA, das conversas com funcionários (atendentes ambulatoriais) e profissionais da saúde (enfermeiros/as e técnicas/os de enfermagem), nos deparamos com uma aparente invisibilidade do TcP ali no serviço de saúde. Perguntamo-nos algumas vezes, de que modo o Tratamento como Prevenção poderia ser percebido. Invisibilidade notada no (i)

⁵Todos os nomes das PVHA citados nessa pesquisa são fictícios - funcionários/as e profissionais da saúde, são assim mencionados, com fins, igualmente, de preservar as identidades. Achei interessante que se tratassem de elementos e fenômenos da natureza, e não de nomes que fossem nomes usuais de pessoas, por propiciarem o duplo: a) evitar qualquer tipo de identificação e/ou associação com pessoas; b) remetem a elementos vitais da natureza, numa tentativa de aproximação com a identidade “Pessoas que Vivem com HIV/aids”.

não reconhecimento do termo (Tratamento como Prevenção ou TcP), tanto pelas PVHA entrevistadas, como pelos/as atendentes ambulatoriais, enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem; como (ii) na ausência de discussão sobre possibilidades preventivas - algumas das quais, inseridas no escopo da supressão viral e intransmissibilidade -, com as pessoas que vivem com HIV/Aids, que ali se consultam.

Embora Terra – autodeclarada branca e escolaridade de nível superior completo –, a primeira interlocutora desta pesquisa, não reconhecesse o termo desta política, se sabia indetectável e intransmissível, informação que obteve em sua primeira consulta com um médico especialista, no estado de São Paulo. Foi dito a ela que se aderisse à TARV naquele momento do diagnóstico, se tornaria indetectável, e logo, não transmitiria o vírus. Rio – também autodeclarado branco, e escolaridade de nível superior incompleto –, o segundo interlocutor da pesquisa, também soube acerca de estar indetectável no estado de São Paulo. No entanto, Rio acessou a noção de intransmissível, posteriormente, através de pesquisa própria na internet, onde encontrou os resultados do estudo HPTN 052 - redução de 96% da possibilidade de transmissão do HIV por via da transmissão sexual -, sobre os quais conversou, em seguida, com a/o médica/o infectologista que o atende no Clementino:

Mas eu não acredito nisso [em que Indetectável = Intransmissível]. A/o médica/o [infectologista] já me falou, na minha atual condição, o nível de risco de contaminação que eu tenho é de menos de 5% do outro, se eu tiver uma relação sexual sem nenhuma proteção o nível de proteção do outro é de 4%, ou seja, tenho 96% de probabilidade de não contaminar outro. Mas eu não acredito nisso, não me deixa seguro. Se eu sou um portador, no meu esquema de pensamento eu vou ser sempre um portador-transmissor. Eu não vou abrir mão de segurança sexual, não vou, por que eu quero manter minha liberdade de fazer qualquer coisa, não quero ninguém batendo a minha porta dizendo "você me contaminou", entendeu? Por que eu posso tá controlado mas essa pessoa pode dá pra outro ali na esquina, e aí? Só que foi comigo que ela fez sexo sem camisinha, e se ela souber que eu estou...eu não quero isso. É muito mais pela preservação da minha liberdade e pela empatia com o outro, não vou por o outro em risco, 4% é muito risco. (Rio, 59 anos, diagnosticado há 25 anos, está em TARV há 24 anos)

As demais PVHA com quem estive interlocução na feitura desta etnografia – Vento, Chuva e Mar, autodeclarados respectivamente, moreno claro, negra e pardo, de respectivos níveis escolares, fundamental incompleto, ensino médio completo e ensino médio incompleto – não conheciam o valor clínico dos termos: CD4, indetectável e intransmissível, este último nem ao menos fazia-se presente em suas narrativas:

Pesquisadora: E tu transmite ainda? Já ouviu falar de TcP, de Tratamento como Prevenção?

V: Não

P: De indetectável = Intransmissível?

V: Como assim? Que eu tenho entendimento como é que pega os tipos dessa doença? Como é

que pega? Como é que faz pra transmitir? Sei, isso daí eu já fui orientado, pega na relação

sexual, pega ... pelo o que eu sei, se tipo, um corte, você tiver com um corte, se o corte tá ...

transmite pelo sangue. Acho que assim, pelo beijo acho que não, pega não, a não com dente

furado.

P: E tua carga viral, ta baixa? Tu sabe?

V: O que?

P: Sua carga viral. Você faz exame de CD4 e de carga viral?

V: Não.

P: Você não faz?

V: Carga viral é o que? (Vento, 24 anos, diagnosticado há 6 anos, está em TARV há 6 anos)

Pesquisadora: Você já ouviu falar do Tratamento como Prevenção? TcP?

C: Não.

P: Já ouviu falar do Indetectável = Intransmissível?

C: [Em silêncio, faz sinal de negação com a cabeça]

P: O que tu sabe da sua carga viral? Sobre estar indetectável?

C: Sei não.

P: Mas a sua carga viral ta baixa?

C: Agora eu não sei né, porque só vou saber quando ela olhar né, da outra vez que eu vim não tava não, mas dessa vez eu não sei né.

P: Mas das outras vezes que a senhora vinha, a carga viral tava baixa?

C: Não, tava ótima. Carga viral tava ótima, agora não sei agora né, eu vou saber agora.

P: E eles já conversaram com a senhora sobre transmitir ou não transmitir o vírus? Tem alguma situação em que a senhora não transmite? Eles falaram sobre isso?

C: Já. Disse que não transmite no abraço, na toalha, não sei o que, não sei o que né.

P: Eles falaram que só transmite na relação?

C: É, na relação, ou se você tiver algum corte, se a pessoa também tiver, aí né, lógico que você pega no sangue de uma pessoa que ta cortada né, aí ... Até no beijo, se você tiver cárie, disse que pega né. Se você tiver cárie no dente, a pessoa se for beijar a outra pessoa que tiver cárie, diz que pega, mas beijar assim, pode beijar.

P: E se tiver indetectável? Se não conseguir ver no exame o vírus?

C: Não sei. (Chuva, 52 anos, diagnosticada na “década de 80, acho que em 85”, está em TARV há mais de 25 anos - não se lembra ao certo quando iniciou o tratamento)

Mar: Falei com a médica, ela disse que CD4 ta bem, carga viral indetectável, é ... que tá ... ta alto ... ah eu não entendo não, ela que entende, se ela disser que eu vou morrer hoje eu morro, porque eu não entendo de nada ‘né’. [Carga viral] É uma coisa que, que tá parada, tá estabilizado, não ... nem subiu e nem desceu a carga viral tá ótima, ela sempre me diz isso, eu vou chegar e a minha irmã “como foi lá?” “Ela disse que a carga viral ta normal, indetectável, e que ta bem”, ela diz

uma porcentagem aí “tá boa seu ‘Mar’, não se preocupe”. (Mar, 62 anos, diagnosticado há 15 anos, está em TARV há 15 anos)

Se estavam ou não indetectáveis, não sabemos – não tivemos acesso a seus respectivos prontuários médicos e/ou exames, e tão pouco pudemos lhes perguntar, em virtude de não estarem familiarizados com o significado clínico dos citados termos –, mas, em virtude do longo tempo em que estão em TARV, sua adesão ao tratamento nos traz essa questão quanto a estarem ou não indetectáveis, e caso estejam, outra pergunta nos vem: eles/as não deveriam saber no que implica esta condição de indetectável, e logo, lhes ser possível o acesso à bioidentidade (ORTEGA, 2003) de intransmissível?

O termo intransmissível não percorre o serviço de saúde e as narrativas das PVHA tal qual o termo indetectável, bastante caro e disseminado pelos/as profissionais de saúde, o que propomos entender a partir da diferença das implicações de um e outro: enquanto o termo “indetectável”, em seu uso no serviço, serve como apoio à ação terapêutica, no sentido de ser entendido como o resultado desejado de uma boa adesão ao tratamento; mais afora da ação terapêutica, o conhecimento de estar intransmissível, e o que isso pode acarretar em sua vida pessoal, sexual, reconhecimento, etc., não faz parte da atuação puramente médica, ou seja, não tem a ver com o controle da infecção, é de outra ordem. Somado a isso, o fato de o termo intransmissível não percorrer o serviço de saúde tal qual o primeiro (de indetectável), cabe à ruptura que promove com determinados paradigmas estabelecidos ao longo da história, principalmente com a ideia de as pessoas vivendo com HIV, como potenciais vetores do vírus, logo sua sexualidade precisaria ser controlada ou limitada.

Embora as/os enfermeiras/os e técnicas/os de enfermagem não tenham reconhecido o nome desta política, o TcP ou Tratamento como Prevenção, ou ainda TARV como Prevenção – que desde sua implementação tem assumido o caráter de prevenção, mais do que normalização –, em conversa com um/a destes/a profissionais de saúde, num dos consultórios ambulatoriais desocupados, após eu explicar um pouco mais o que eu vinha querendo dizer com Tratamento como Prevenção, este/a profissional, inicialmente, atrelou as implicações desta política, trazidas na minha fala, à PrEP (o que ocorreu também entre os/as atendentes ambulatoriais), que vem sendo a política preventiva com maior notoriedade ali no serviço. Continuamos a conversa, onde busquei distanciar PrEP de TcP, e segui falando sobre o que viria a caracterizar este último, de nome alienígena, mas de práticas corriqueiras, a exemplo da recomendação

de utilização precoce da TARV – ou seja, assim que se tem o diagnóstico de infecção por HIV – presente no SUS (Sistema Único de Saúde) desde 2013.

A esta altura, o/a profissional de saúde identificou na prática médico-hospitalar, o que eu vinha querendo dizer com Tratamento como Prevenção, e nesse momento eu pergunto se ele (o TcP), era comunicado às PVHA em atendimento no serviço, “Alguns não sabem. A maioria dos médicos não passam essa informação, têm medo dos pacientes deixar de tomar [os antirretrovirais], alguns médicos são mais conservadores. A gente tem um que diz abertamente.” Ouço com bastante atenção a essa resposta, e de pronto, pergunto, então, o porquê dessa prática, a que me responde: “A gente tem um *filtro* para passar essa informação, não passa pra todo mundo.” “[é necessário que] sejam pessoas bem entendidas, não é para qualquer pessoa”.

Se no PCDT três “condições devem ser atendidas e levadas em consideração ao informar os pacientes sobre a redução do risco de transmissão sexual do HIV:” (2018, p.90), (i) ter excelente adesão à TARV, (ii) não possuir outras ist’s, e (iii) estar indetectável há no mínimo seis meses, na ponta do serviço de saúde emerge uma quarta condição, (iv) ser uma “pessoa bem entendida”.

O que organiza o repasse dessas informações, acreditamos dizer respeito a uma noção de risco, no sentido da gestão cotidiana das informações a partir do que os profissionais pressupõem em termos de proteção e exposição. “Filtros” são estabelecidos nesse processo, categoria nova, para uma semântica bastante conhecida neste campo: a noção de “grupos de risco”.

Franch e Perrusi, no artigo *Carne com Carne* (2012), resultado de sua pesquisa junto a casais sorodiferentes no estado da Paraíba, trazem importante aporte à noção de risco, entre outros, ao responder à questão *Quem gere o risco?*:

Quem decide sobre a melhor ação para controlar o risco são os especialistas. Porém, como os dispositivos interpelam o indivíduo, a gestão do risco também é individual. A gestão individual representa uma partilha da responsabilidade, mesmo que seja sempre legitimada pelos sistemas expertos; contudo, cria uma situação de tensão entre as decisões dos gestores do risco e os usuários dos seus dispositivos. [...] Cria-se uma desconexão entre o usuário, tomado como cidadão, logo, reconhecido como um sujeito autônomo, e os dispositivos que monopolizam, por meio dos sistemas expertos, a legitimidade de gerir e controlar o risco. (p. 183).

São os sistemas expertos que controlam o risco, que por sua vez acionam o indivíduo na responsabilização de si, sob uma espécie de tutela destes mesmos sistemas. O que

vemos coadunar aos argumentos deste texto etnográfico, no tríptico: a) no gerenciamento do risco pelo Ministério da Saúde, órgão oficial que concebe diretrizes ao serviço de saúde pública nacional, entre outros, no manejo a pessoas adultas que vivem com HIV/Aids, manejo que, como o quer o texto correspondente no citado PCDT, gere os impactos do TcP na prevenção ao HIV/Aids, ao optar apresentá-lo como *capaz de reduzir a transmissão do HIV por via da relação sexual*, ao invés de *o TcP leva à intransmissão*, por exemplo; b) ao orientar forte “recomendação” à PVHA do uso de preservativo, bem como de outros métodos preventivos listados na mandala da prevenção combinada⁶, acionando esta PVHA a uma espécie de cuidado do outro e autocuidado tutelados, ao menos quanto aos métodos preventivos (legitimados); e c) os sistemas expertos gerem, novamente, o perfil da pessoa que vive com HIV, passível de tomar conhecimento do Tratamento como Prevenção, e de suas implicações, o que nos parece, deste modo, um gerenciamento das relações das PVHA, percebidas sob o guarda-chuva *grupo de risco*, para as pessoas não reagentes ao HIV e a uma certa moral estabelecida socioculturalmente.

Se invertemos o quadro, ou, darmos um giro, de modo a olhar para a gestão do risco empreendido pela PVHA, podemos acessar até que ponto ter conhecimento de que I = I traz modificações nas práticas sexuais, ampliando as possibilidades preventivas para fora do “mantra da camisinha”:

Meu noivo me levou no médico e foi o primeiro a me abandonar, eu fiz o tratamento sozinha. [...] Quando me recuperei e comecei a sair, contava [da sorologia +], contava antes e contava depois, mas em todos os casos as pessoas corriam. Dizia que era soropositiva, mas que como eu fazia tratamento há muitos anos, eu não transmitia. Sei que meu CD4 é de 500, as enfermeiras quando vê já nem pede outros exames. [...] Como eu me trato há mais de 10 anos, o vírus está indetectável no meu organismo, eu não transmito para ninguém. Tanto que tenho um filho. (Terra, 37 anos, diagnosticada há 13 anos, está em TARV há 13 anos)

A estratégia preventiva ao HIV, pela via do monitoramento da taxa de CD4, substituiu, nessa relação afetivo-sexual de Terra, o uso da camisinha, sem que houvesse soroconversão do parceiro ou do filho. Atrelada à bioidentidade de intransmissível, a vivência de Terra com o HIV/Aids, parece ensejar experiências e a produção de narrativas de si, mais próximas da normatização da vida da PVHA. “Como toda

⁶ “O símbolo da mandala [da Prevenção Combinada do HIV] representa a combinação de algumas das diferentes estratégias de prevenção (biomédicas, comportamentais e estruturais), pois apresenta a ideia de movimento em relação às possibilidades de prevenção [...]” (MINISTERIO DA SAUDE, 2017, p.5)

epidemia, esta reflete um estágio do nosso desenvolvimento social. Então, é bom levar em conta que, como em outras, o controle desta epidemia depende de novas formas de vida social [...]” (DANIEL, 1994, p. 30). Herbert Daniel⁷ crítica a noção da Aids como um “problema médico” e, logo, de “cura médica” (ibidem, p.30). Sua abordagem social da doença, aciona um tratamento estrutural, timidamente incorporado à resposta brasileira de enfrentamento ao HIV/Aids. Por isso, o potencial de normalização do consenso científico de que I = I, ou seja, de que Indetectável é igual a Intransmissível, nos é tão caro.

Neste sentido, no da normalização, o que pode ser entendido pela via da erradicação do estigma posto na experiência de quem vive com o HIV/Aids, a noção de grupos de risco, se configura num verdadeiro entrave:

Os estudos epidemiológicos que identificaram certos grupos populacionais nos quais a chance de se encontrar pessoas com doença eram maiores do que na chamada população geral acabaram sendo utilizados de forma quase mecânica como instrumento de prevenção. Ou seja, o risco identificado nessas populações passou a ser tratado como uma condição concreta, uma identidade, que as transformou em *grupos de risco*. O “isolamento sanitário” de tais grupos tornou-se, assim, a base das poucas e toscas estratégias de prevenção que conseguiram ser propostas no início da epidemia: se você é parte de um dos grupos de risco abstenha-se de sexo, não doe sangue, não use drogas injetáveis. A mídia e a opinião pública de modo geral se encarregaram de estender essa quarentena de tempo indeterminado a outros aspectos da vida social – afastamento do trabalho, da escola, da família, dos serviços de saúde, etc. (AYRES, *et al.*, 2009b, p.3)

Se um determinado grupo de pessoas, menos homogêneo do que se supõe, é lido socialmente a partir de uma ficcionalização de que sua existência implica em risco para outros grupos humanos, se depreende daí o estigma posto em suas experiências, a engendrar sua “morte social” (DANIEL, 1994). COITINHO FILHO (2020) apreende a noção de *grupos de risco* do campo do HIV/Aids, em paralelo à mobilização da mesma

⁷“Herbert, nome de pia e registro; Daniel, nome de guerra que pegou. Estudante de Medicina na UFMG; 1,64m; crítico de cinema no rádio, Belô; dispensado do exército (regular) por insuficiência física (miopia? pé-chato?); autor de teatro estudantil; cabelos muito enrolados, olhos castanhos e semicerrados, chato nariz; vice-presidente do DCE da UFMG; gordinho; militante sucessivamente da Polop, Colina, Var-Palmares e VPR; clandestino durante seis anos, sem nunca ter sido preso; homossexual, já não mais clandestino; assaltante de banco, puxador de carro, planejador de sabotagem, guerrilheiro em Ribeira, seqüestrador de embaixador (em número de dois), remanescente; leitor, sempre, sempre; escritor de panfletos, aprendiz de ginasta; tímido não dançarino; jornalista em Portugal, em revista feminina; em Lisboa, estudante de Medicina reincidente; casado com homem, claro, homossexual; calça 39, usa 40; massagista, garçom, caixa, leão-de-chácara, gerente, porteiro de saunas de pegação de viados, em Paris, capitale de France, voilà; discursor, falador trilingüe inveterado, pensante tanto quanto, com sotaque – não se nasce em Minas impunemente. Descoberta de saber fazer quase nada de quase tudo: ocupação de vagabundo. Penúltimo exilado em Paris: escapou da “anistia”. Sem indulto (escapou por insulto), foi prescrito : reparou em vida alheia. Escritor.” [...] “Sua obra literária começou a abordar este aspecto temático antes mesmo de Herbert Daniel descobrir que era portador do vírus HIV.” (Abia, 2010)

categoria no contexto da pandemia por Covid-19; ou seja, percebe o trânsito de *grupos de risco*, “da Aids ao Covid-19”, e alerta para o fato de esta ainda ser acionada no campo do HIV/Aids. O autor, interessado em compreender a reapropriação desta categoria, no marco da Covid-19, argumenta que sua mobilização contemporânea, voltada agora a pessoas idosas e portadores de doenças crônicas respiratórias, se endereça a estes grupos de pessoas, sob a forma de ataques às suas condutas, e de regulação moral, tal qual sua utilização nas décadas de 1980 e 1990, quando os *grupos de risco* referiam-se a homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, usuários/as de drogas injetáveis, travestis e hemofílicos – embora, no caso dos hemofílicos, não se verificasse a condenação moral presente nas demais categorias.

A seguir da apresentação empírica que trouxemos aqui, podemos retomar a noção de risco como uma chave para a compreensão das dinâmicas observadas em campo. Neves e Jeolas (2012) nos trazem à atenção os deslocamentos contemporâneos da categoria *risco*: da prevenção à precaução, e desta, à predição: “gestão de risco orientada pela sua antecipação, como um sistema social de controle voltado ao pré-patológico, às potencialidades do risco e do perigoso, incorporado pelas instituições e subjetividades [...]” (p.16).

Nos recordemos que a etnografia empreendida não tomou por objetivo a discussão da categoria grupo de risco ou de filtro. Esta última surgiu na pesquisa de campo, e a ela não empreendemos maiores análises até agora. Foi na leitura atenta e sensível percepção de Ednalva Maciel Neves, a um dos resultados desta pesquisa, meu Trabalho de Conclusão de Curso, onde a noção de filtro passou a ser percebida pela chave do risco. Em que medida a gestão de risco como predição está posto na noção de *filtro*?

Acreditamos que gerir o risco por antecipação implica gerenciar as práticas, elas mesmas: (i) tem-se delimitado no PCDT o tipo de “paciente” a quem o/a profissional de saúde deverá anunciar “sobre a *redução do risco* de transmissão sexual do HIV” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018, p. 90, grifo nosso), delimitação que ganha uma quarta prerrogativa no serviço de saúde, a condição de o/a PVHA ser uma “pessoa bem entendida”, (ii) na ponta do serviço de saúde aparece uma nova categoria de gestão do risco, e logo, das práticas, a noção de filtro. Tal gerenciamento é empreendido pelo medo de “más compreensões”, o que, para os sistemas expertos, nos parece, poder vir a se expressar, entre outros, em sexo sem preservativo e aumento das infecções.

Considerar-se “curada”, e em seguida, deixar de tomar os remédios, igualmente habita o medo das “más compreensões”, que as PVHA poderiam ter.

Pensamos que, uma vez percebidas (as PVHA) como meros vetores do vírus HIV, têm suas subjetividades capturadas por práticas de controle que os alocam numa distância calculada frente à sociedade, por uma manutenção permanente do estigma da transmissibilidade do vírus.

Essa informação, a de que Indetectável é igual a Intransmissível, é tão “preciosa”, aos olhos dos expertos, que não pode ser deixada para as próprias pessoas que vivem com HIV, gerirem ela. Neste caso, portanto, não poderíamos falar de individualização de matriz de risco, trata-se mais de uma estratégia biopolítica, de controle coletivo da infecção. A PVHA, a princípio, nem precisa saber que está fazendo parte dela. Somente naqueles casos das “pessoas bem entendidas”, ou seja, que se considera que poderão partilhar do conjunto de significados e práticas em torno de ideias como probabilidade de risco.

Não é nossa intenção empreender uma extensa análise da resposta brasileira, se não, como vimos fazendo, apontar elementos desta resposta, que vez ou outra percebemos conectados aos dados etnográficos e marco teórico.

Nos propomos aqui, a dialogar a noção de *filtro* (categoria do campo de pesquisa), com a de *grupos de risco*, a partir da categoria *risco* como chave compreensiva. Dados etnográficos foram aqui mobilizados, também no sentido de responder à questão do título: *Indetectável = Intransmissível na ponta do serviço de saúde?* Pergunta à qual acreditamos não só ter dado os elementos para sua resolução, como tê-la acessado tal qual uma questão geradora, de modo que, nos sentimos à vontade, para, a partir dela, abarcar fenômenos e discussões correlatas.

Ao perceber, por via da etnografia, a implementação do Tratamento como Prevenção no Hospital Clementino Fraga, em João Pessoa/PB, percebemos que, nominalmente, o TcP não se constitui como uma política de prevenção ao HIV/Aids neste serviço, e nos deparamos com sua abordagem medicalizada (FOUCAULT, 1979d) e preventiva, atrelada à lógica do “Testar e Tratar”, situada no bojo da meta 90-90-90.

Interpretamos a realidade, a qual observamos e participamos, a partir de chaves conceituais do campo da Antropologia da Saúde. Se em campo nos deparamos com a

ausência do termo intransmissível na implementação do Tratamento como Prevenção, notamos o termo indetectável em abundância, a realização de exames de CD4, a distribuição gratuita dos antirretrovirais, a TARV como solução para a Aids, e o tratamento antirretroviral de início precoce. Percebemos a aparente invisibilidade do Tratamento como Prevenção, pela via da gestão do risco pelos sistemas expertos, no marco do biopoder.

Também nos deparamos com funcionários/as da saúde preocupados/as com as PVHA em atendimento ali; o cuidado, inexplorado aqui, ocupa um lugar nesse ambiente complexo em que adentramos em pesquisa. Neste tempo da pesquisa, não acessamos médicos/as infectologistas, nos endereçamos sim, a outros/as funcionários/as (atendentes ambulatoriais) e profissionais da saúde (enfermeiros/as e técnicos/as de enfermagem).

Nos cabe dizer ainda, o quanto fomos afetadas (FAVRET-SAADA, 2005), em particular, ao concebermos o religamento da ponta deste serviço de saúde como um dos lugares fim a ser atravessado por uma lógica de saúde global e pela resposta nacional, articuladas entre si (ao menos contemporaneamente), e de certo modo, ao biopoder. Perceber nas experiências e narrativas (algumas vezes chorosas) das PVHA, conexões negativas com a geo/biopolítica do HIV e da Aids, e com normativas sociais centradas no estigma, nos faz querer retornar ao momento em que o movimento social de HIV/Aids do Brasil, fez valer uma resposta, que podemos resumir (?) por solidária.

Referências Bibliográficas

ALENCAR, Tatianna Meireles Dantas de; NEMES, Maria Ines Battistella and VELLOSO, Marco Aurélio. Transformações da "aids aguda" para a "aids crônica": percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2008, vol.13, n.6, pp.1841-1849.

AYRES, J.R.C.M. 2009a. *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO.

AYRES, J.R.C.M. 2009b. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. *Saúde e Sociedade* 18 (Supl. 2):11-23.

BELOQUI, J. O Tratamento para a Prevenção da Exposição Sexual e Diversos Lugares das PVHA Através da História. In: PARKER, Robert et al (orgs.). *Dimensões sociais e políticas da prevenção*. Rio de Janeiro: ABIA, 2018, pp. 36-44.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Prevenção Combinada do HIV/Sumário*. Executivo/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 20 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos* / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

DANIEL, H. *Vida antes da morte*. Rio de Janeiro: ABIA, 1994.

FAVRET-SAADA, Jeanne. “Ser afetado”. Tradução Paula Siqueira. *Cadernos de campo*, São Paulo, n. 13, p. 155-161, 2005.

FOUCAULT, Michel. A política da saúde no século XVIII. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 1979d.

Herbert Daniel, o Amor e a AIDS nos anos 80. Abia, 24 de Out. De 2010. Disponível em <<http://abiaids.org.br/herbert-daniel-o-amor-e-a-aids-nos-anos-80/28078>>. Acesso em 24 de Out. de 2020.

LONGHI, M. R.; GUTIERREZ, M. L. F.; NEVES, E. M. Novos cenários, velhas questões: aids e cidadania no Brasil. In: FRANCH, M.; ANDRADE, M.; AMORIM, L. (Org.). *Antropologia em novos campos de atuação: debates e discussões*. 1ed. João Pessoa, Paraíba, Brasil: Midia Gráfica e Editora Ltda, 2015, v. 1, p. 175-199.

NEVES, Ednalva Maciel; JEOLAS, L. S. (Org.). *RISCO - Dossiê (organização)*. 37. ed. João Pessoa/PB: Editora da UFPB, 2012. v. 01. 161p

ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. *Cadernos de saúde coletiva*, 2003, n.11(1), 59-77. Acesso em 09 de janeiro, 2020, em http://www.nesc.ufjf.br/cadernos/2003_1/2003_1%20FOrtega.pdf

PARKER, Richard. *A reinvenção da prevenção no século XXI: o poder do passado para reinventar o futuro*. Boletim ABIA, n.61, dezembro 2016, p.14-20.

PARKER, R. *Richard Parker condena qualquer julgamento moral em relação à PrEP na prevenção ao HIV*. ABIA, 2017. Disponível em <<http://abiaids.org.br/richard-parker-condena-qualquer-julgamento-moral-em-relacao-pr-ep-na-prevencao-ao-hiv/29795>> Acesso em: 04 de Out. de 2020.

PERRUSI, A.; FRANCH, M. (2012). Carne com Carne: Gestão do risco e HIV/Aids em casais sorodiscordantes no Estado da Paraíba. *Revista de Ciências Sociais - Política & Trabalho*, 2(37). Recuperado de <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/14880>.

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. 90-90-90. *Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS*. Geneva: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2015.

SEFFNER, F. PARKER, R. The waste of experience and precariousness of life: contemporary political moment of the Brazilian response to aids. *Interface* (Botucatu), 2016, vol.20, n.57, pp.293-304.

ZORZANELLI RT, Cruz MGA. O conceito de medicalização em Michel Foucault na década de 1970. *Interface* (Botucatu). 2018; 22(66):721-31.