

## VULNERABILIDADE PROGRAMÁTICA ÀS IST/AIDS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: UM *HABITUS* PERMEADO PELA VIOLÊNCIA SIMBÓLICA

Inacia Sátiro Xavier de França<sup>1</sup>   
Emerson Eduardo Farias Basílio<sup>1</sup>   
Jamilyly da Silva Aragão<sup>1</sup>   
Isabella Medeiros de Oliveira Magalhães<sup>1</sup>   
Amanda de Brito Rangel Pereira<sup>1</sup>   
Alexsandro Silva Coura<sup>1</sup> 

### RESUMO

**Objetivo:** identificar a vulnerabilidade programática às Infecções Sexualmente Transmissíveis/aids na Atenção Primária à Saúde.

**Método:** estudo descritivo, realizado no ano de 2018, em 52 Unidades Básicas de Saúde de um município do nordeste brasileiro. Aplicou-se um Questionário com o responsável técnico da unidade, identificando os marcadores de vulnerabilidade, que foram analisados por meio da estatística descritiva e à luz da sociologia do Poder Simbólico de Bourdieu.

**Resultados:** destacaram-se com média vulnerabilidade programática as unidades com relação à infraestrutura (55,3%), ações de prevenção (67,8%) e tratamento (60,4%). E com baixa vulnerabilidade as unidades com relação às ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às IST/aids (93,2%) e a integração das ações (61,5%).

**Conclusão:** apesar da potencialidade dos marcadores do pré-natal e puerpério e da integração de ações, as fragilidades em maior frequência indicam que a Atenção Primária à Saúde ainda é permeada por violência simbólica na assistência às IST/aids.

**DESCRITORES:** Vulnerabilidade em Saúde; Infecções Sexualmente Transmissíveis; Integralidade em Saúde; Atenção Primária à Saúde, Serviços de Saúde.

### **VULNERABILIDAD PROGRAMÁTICA A LAS IST/AIDS EN LA ATENCIÓN PRIMÁRIA DE SALUD: UN *HABITUS* PERMEADO DE VIOLENCIA SIMBÓLICA**

#### RESUMEN:

**Objetivo:** identificar la vulnerabilidad programática a las Enfermedades de Transmisión Sexual /Aids en la Atención Primaria de Salud. **Método:** estudio descriptivo realizado en 2018 en 52 Unidades Básicas de Salud de un municipio del Nordeste de Brasil. Se aplicó un cuestionario con el responsable técnico de la unidad, identificando los marcadores de vulnerabilidad, que fueron analizados mediante estadística descriptiva y a la luz de la sociología del Poder Simbólico de Bourdieu. **Resultados:** se destacaron con una media vulnerabilidad programática las unidades con relación a la infraestructura (55,3%), acciones de prevención (67,8%) y el tratamiento (60,4%). Y con baja vulnerabilidad las unidades con relación a las acciones de prenatal y puerperio en relación a las ETS/SIDA (93,2%) y a la integración de las acciones (61,5%). **Conclusión:** a pesar de la potencialidad de los marcadores del prenatal y puerperio y de la integración de las acciones, las fragilidades de mayor frecuencia indican que la Atención Primaria de Salud todavía está impregnada de la violencia simbólica en la asistencia a las ETS/SIDA.

**DESCRIPTORES:** Vulnerabilidad en Salud; Enfermedades de Transmisión Sexual; Integralidad en Salud; Atención Primaria de Salud, Servicios de Salud.

## INTRODUÇÃO

Os casos de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) aumentam diariamente no mundo, com maior prevalência em países subdesenvolvidos. Para a sua redução e/ou erradicação, é importante o desenvolvimento de ações preventivas e de controle que envolvam aspectos comportamentais, características sociais dos indivíduos e as estratégias do setor de saúde<sup>(1-2)</sup>.

Por ano, estima-se um total de 357 milhões de infecções por Clamídia (131 milhões), Gonorreia (78 milhões), Sífilis (5,6 milhões) ou Tricomoníase (143 milhões). Referente ao HIV/aids, em 2017, no Brasil, existiam 882.810 pessoas infectadas, com média de 40 mil novos casos por ano. No mundo, há cerca de 36,7 milhões com aids<sup>(1,3-4)</sup>.

Nesse contexto, o conceito de vulnerabilidade em saúde é compreendido por diversos fatores individuais e coletivos que levam a graus variados de suscetibilidade do indivíduo ao adoecimento principalmente ao HIV, podendo ser explicada pelas dimensões: individual, social e programática<sup>(5)</sup>. A vulnerabilidade individual parte da percepção da qualidade e do grau da informação que o indivíduo possui, contribuindo para que se exponha ou se defenda. A vulnerabilidade social refere-se ao meio em que o indivíduo está inserido e as possibilidades de enfrentar barreiras sociais, culturais, econômicas, de saúde, entre outras. A vulnerabilidade programática considera como os serviços sociais diversos devem atuar na qualidade de vida do indivíduo, buscando evitar exposição de riscos à saúde, por meio de ações de promoção e proteção<sup>(5)</sup>.

Nessa perspectiva, compreende-se que a vulnerabilidade pode ter uma interlocução com a sociologia do Poder Simbólico de Bourdieu, na qual aspectos sociais, culturais, morais e políticos formam o *habitus* da referida comunidade, sendo esse construto preponderante no locus social no qual a pessoa está inserida. Dessa maneira, é no âmbito do *habitus* que, de acordo com os arquétipos da representação coletiva, emerge a violência simbólica, que consiste nas constantes práticas que favorecem a hegemonia dos grupos dominantes e, conseqüentemente, a exclusão social<sup>(6)</sup>.

Posto que a violência simbólica é uma estrutura elaborada, legitimada e reproduzida socialmente, a sua transformação ou modificação só acontece se o embate entre as classes sociais assim permitir, do contrário, naturaliza-se a violência simbólica de forma inconsciente até mesmo para os sujeitos prejudicados<sup>(6)</sup>.

Referente ao impacto do *habitus* e da violência simbólica no contexto assistencial de pessoas vivendo com HIV, cabe exemplificar este fenômeno com um estudo realizado nos Estados Unidos com a participação de afro-americanos, negros e latino-americanos que vivem com HIV. Estes participantes relatam a violência simbólica desencadeando sérias conseqüências adversas para a saúde física e mental, a exemplo de exclusões sociais, danos e estigmas, desligamento dos cuidados com o HIV e a suspensão dos medicamentos para o HIV<sup>(7)</sup>.

À luz desse exemplo e correlacionando a sociologia bourdieusiana com as várias dimensões inerentes ao campo social da saúde e da enfermagem, afirma-se que "o *habitus* se explicita nas relações com cliente e família e com agentes da saúde nas ações de cuidar, na gerência da equipe e dos serviços que constituem a estrutura organizacional das instituições"<sup>(8)</sup>.

Dessa forma, a Atenção Primária à Saúde (APS), como porta de entrada aos demais serviços, é um campo vasto para estudar a vulnerabilidade e a violência simbólica que afetam os usuários. Na APS, considera-se a população em suas particularidades, realizando ações no âmbito individual e coletivo, com ênfase na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, proporcionando melhores condições de vida<sup>(9)</sup>.

Considera-se que a sociologia bourdieusiana possibilita o aporte teórico ideal para a reflexão acerca do processo de trabalho da enfermagem na APS, no concernente à prevenção e enfrentamento das IST/aids, e em que medida a vulnerabilidade programática às IST/aids acontece permeada de violência simbólica.

A relevância do estudo decorre da insipiência de publicações científicas, na área da saúde, abordando esta temática, considerando o enfoque gerencial e organizacional. Outrossim, a prática do enfermeiro é regida por "condutas regulares" ou pela "regularidade das condutas" estabelecidas pelas instituições que definem as normas, valores e competências que devem ser interiorizadas por seus agentes<sup>(8)</sup>.

Estima-se que os resultados deste estudo possam motivar os gestores e os profissionais de saúde a refletirem sobre esta temática e adotarem estratégias minimizadoras/resolutivas daquelas situações causadoras de vulnerabilidade e violência simbólica, importantes para a prevenção e enfrentamento das IST/aids. Diante disso, objetivou-se identificar a vulnerabilidade programática às IST/aids na Atenção Primária à Saúde.

## MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo, realizado de fevereiro a maio de 2018, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) de um município do nordeste brasileiro.

Atualmente, o município possui 77 UBS, sendo 71 em zona urbana e 6 na rural, distribuídas em oito distritos sanitários. Todas as UBS em zona urbana foram contatadas para participar do estudo e um total de 52 unidades devolveram o questionário devidamente preenchido. Os critérios de inclusão foram: profissionais delimitados como o responsável técnico pela Unidade. Foram excluídas as UBS localizadas na zona rural (seis).

Após autorização da Secretaria de Saúde local, foram realizadas visitas às UBS para apresentação da pesquisa ao responsável técnico de cada unidade, que foi orientado a se reunir com a equipe multiprofissional para responderem o questionário, com prazo de um mês para a entrega.

Para coleta de dados, utilizou-se um Questionário validado pelo estudo de Val<sup>(10)</sup>. O instrumento possui 51 questões objetivas distribuídas em Marcadores para Vulnerabilidade Programática: 1-Infraestrutura para realização das ações de Prevenção e Assistência em IST/aids (16 itens); 2-Ações de Prevenção em relação às IST/aids (10 itens); 3-Respostas às necessidades de tratamento em IST/aids (sete itens); 4-Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às IST/aids (11 itens); 5-Integração das ações entre UBS, Centro de Referência e Treinamento/Serviço de Assistência Especializada (CRT/SAE) em HIV/IST/aids e maternidade (oito itens), bem como questões de identificação e caracterização da UBS.

A análise seguiu o modelo proposto pelo estudo de Val<sup>(10)</sup>. O grau de vulnerabilidade de cada UBS foi avaliado pela soma dos itens de cada marcador, obtendo uma pontuação mínima e máxima, constituindo uma Escala de Vulnerabilidade Programática em Alta (abaixo de 25%), Média (de 25% a 75%) e Baixa (de 75% a 100%).

Os itens foram classificados com valor um para as respostas positivas, quando "atende à determinada condição" e zero para respostas negativas, quando "não atende à determinada condição"<sup>(10)</sup>. Após a descrição dos marcadores, teceu-se a análise à luz da sociologia do Poder Simbólico de Bourdieu<sup>(6)</sup>.

Os dados do estudo foram processados e analisados em um software para análise de dados estatísticos, utilizando medidas de frequência absoluta e relativa. Referente aos itens dos marcadores em que houve a recusa de resposta ou o indivíduo não soube responder,

foram codificadas na análise como valores ausentes (*missing*), avaliando-se aqueles que responderam os devidos itens.

Referente aos aspectos éticos, o estudo foi aprovado em 09 de abril de 2014 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba sob o parecer n. 11.

## RESULTADOS

Quanto à tipologia, as unidades se classificaram como: 26 (50%) UBS exclusiva "tradicional", 20 (38,5%) Estratégia Saúde da Família (ESF) exclusiva e seis (11,5%) UBS com ESF "mista", totalizando 52 unidades. Quanto à formação dos responsáveis pelas UBS, 46 (88,5%) eram profissionais de Enfermagem e seis (11,5%) não especificaram a formação.

Conforme a Tabela 1, no Marcador 1 os itens melhores avaliados foram: Coleta diária de exames laboratoriais e Busca ativa. Os que menos atenderam ao preconizado foram: Distribuição de DIU (Dispositivo Intrauterino) e Aconselhamento para o exame de HIV pré e pós-teste no Marcador 2. Quanto à disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa, como cartolina ou similar, pincéis, barbante, cola, tesoura, modelo pélvico e pênis, preservativo masculino e feminino, cartazes e/ou folhetos e/ou álbum seriado sobre IST/HIV, 28 (52,8%) UBS relataram não possuir esse material.

Tabela 1 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo os marcadores 1 e 2. Campina Grande, PB, Brasil, 2018 (continua)

<b>Infraestrutura para realização das ações de prevenção e assistência em IST/aids</b>	<b>Não atende n (%)</b>	<b>Atende n (%)</b>
Consultório com privacidade	5(9,8)	46(90,2)
Sala para atividade educativa	17(32,7)	35(67,3)
Disponibilidade de materiais básicos para atividade educativa	28(53,8)	24(46,2)
Distribuição de insumos de contracepção e prevenção:		
Pílula	11(22)	39(78)
Injetável	13(26,5)	36(73,5)
DIU	48(100)	0(0)
Preservativo masculino	6(11,8)	45(88,2)
Quantidade de insumos de contracepção e prevenção:		
Pílula	15(20,6)	34(69,4)
Injetável	17(35,4)	31(64,3)
DIU	45(95,7)	2(4,3)
Preservativo masculino	7(14)	43(86)
Quantidade de Exames laboratoriais oferecidos:		
Sífilis	12(24,5)	37(75,5)
Anti-HIV	13(26,5)	36(73,5)

Sorologia Hepatite B	17(34,7)	32(65,3)
Coleta diária de exames laboratoriais em geral/Encaminhamento	0(0)	42(100)
Exame para gravidez imediata ao atraso menstrual	5(9,6)	47(90,4)
<b>Ações de prevenção em relação às IST/aids</b>		
Profissionais capacitados para abordagem sindrômica das IST	29(55,8)	23(44,2)
Profissionais capacitados para aconselhamento do teste de HIV	9(18)	41(82)
Ação para comparecimento do(a) parceiro(a) em caso de IST	3(5,9)	48(94,1)
Ação para comparecimento do(a) parceiro(a) em caso de HIV	2(4)	48(96)
Busca ativa de usuários portadores de IST	1(1,9)	51(98,1)
Equipe multiprofissional notifica exame positivo para detecção de sífilis	13(25)	39(75)
Teste para HIV na população em qualquer dia da semana	33(64,7)	18(35,3)
Aconselhamento para o exame de HIV	39(81,3)	9(18,8)
Tempo médio do retorno do exame de HIV positivo à unidade é de até sete dias	28(77,8)	8(22,2)
Abordagem consentida ao pedir exame de HIV	21(46,7)	24(53,3)

Fonte: Autores (2018)

No Marcador 3, todas as UBS avaliadas realizam tratamento para Candidíase, e 51 (98,1%) realizam tratamento para tricomoníase. Já 35 (71,4%) das UBS avaliadas não administram Penicilina Benzatina em gestante com sífilis, conforme apresentado na Tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo o Marcador 3. Campina Grande, PB, Brasil, 2018

<b>Respostas às necessidades de tratamento em IST/aids</b>	<b>Não Atende n (%)</b>	<b>Atende n (%)</b>
Tratamento com Penicilina Benzatina em gestante com sífilis	35(71,4)	14(28,6)
Administra Penicilina em gestante com sífilis, sem testagem do parceiro	33(63,5)	19(36,5)
Realiza tratamento da:		
Candidíase	0(0)	52(100)
Sífilis	15(28,8)	37(71,2)
Tricomoníase	1(1,9)	51(98,1)
Clamídia	5(9,8)	46(90,2)
Atendimento com base na abordagem sindrômica	8(15,4)	44(84,6)

Fonte: Autores (2018)

Referente ao Marcador 4, destacou-se como potencialidades que todas as UBS avaliadas notificam o diagnóstico de sífilis da gestante e ofertam o Papanicolau às gestantes como procedimento padrão. Como fragilidade, cerca de 21 (40,4%) das UBS avaliadas não oferecem teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestres da gestação e não realizam o teste de detecção de HIV no pré-natal (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo o Marcador 4. Campina Grande, PB, Brasil, 2018

<b>Ações de pré-natal e puerpério em relação à atenção às IST/aids</b>	<b>Não atende n (%)</b>	<b>Atende n (%)</b>
Agenda da primeira consulta de pré-natal é de até duas semanas	2(3,8)	50(96,2)
Oferta do Papanicolau às gestantes como procedimento padrão	0	52(100)
Oferece teste de detecção de sífilis à gestante no 1º e 3º trimestres	21(40,4)	31(59,6)
Teste de detecção da Hepatite B no pré-natal	6(11,8)	45(88,2)
Teste de detecção da Hepatite C à gestante	20(40)	30(60)
Teste de detecção de HIV no pré-natal	21(40,4)	31(59,6)
Abordagem consentida para solicitação de teste para HIV	19(38)	31(62)
Comunica o diagnóstico de HIV por meio de equipe multiprofissional	6(12,8)	41(87,2)
Busca ativa do parceiro da gestante com diagnóstico de HIV	4(8)	46(92)
Notifica o diagnóstico de sífilis da gestante	0	52(100)
Hospital de referência para o parto da gestante HIV positiva	1(2)	51(98)

Fonte: Autores (2018)

No Marcador 5, 46 (92%) das UBS realizam a notificação do diagnóstico de HIV da gestante e 44 (91,7%) realizam o acompanhamento dos casos encaminhados ao setor de referência. Destaca-se como ponto frágil a inexistência do agendamento na referência em IST/aids, quando o diagnóstico do resultado é positivo para HIV, em 29 (56,9%) das UBS (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo o Marcador 5. Campina Grande, PB, Brasil, 2018 (continua)

<b>Integração das ações entre UBS, CRT/SAE e maternidade</b>	<b>Não atende n (%)</b>	<b>Atende n (%)</b>
Fluxo de notificação de sífilis congênita na maternidade	7(15,2)	39(84,8)
Notificação do diagnóstico de HIV da gestante	4(8)	46(92)
Encaminha e marca consulta na referência em IST/aids (CRT e SAE)	24(48)	26(52)
Envio das informações à unidade após retorno das referências	10(21,3)	37(78,7)

Retorno para a unidade sobre o parto da gestante com HIV	19(42,2)	26(57,8)
Agenda na referência em IST/aids, quando positivo para HIV	29(56,9)	22(43,1)
Fluxo de referência/contrarreferência para IST/aids	23(47,9)	25(52,1)
Acompanha os casos encaminhados à referência em IST/aids	4(8,3)	44(91,7)

Fonte: Autores (2018)

Na Tabela 5, o grau predominante (>50%) dos Marcadores variou de baixa para média vulnerabilidade programática.

Tabela 5 - Distribuição das Unidades Básicas de Saúde segundo o grau de vulnerabilidade Programática por marcadores. Campina Grande, PB, Brasil, 2018

Marcadores de Vulnerabilidade às IST/aids	Escala de Vulnerabilidade		
	Alta %	Média %	Baixa %
Infraestrutura para ações de prevenção/assistência (n=38)	2(5,2)	21 (55,3)	15(39,5)
Ações de Prevenção (n=31)	2(6,4)	2(67,8)	8(25,8)
Respostas às necessidades de tratamento (n=48)	0(0)	29(60,4)	19(39,6)
Ações de pré-natal e puerpério (n=44)	0(0)	3(6,8)	41(93,2)
Integração das ações entre UBS, CRT/SAE (n=39)	4(10,3)	11(28,2)	24(61,5)

Fonte: Autores (2018)

## DISCUSSÃO

Na análise, identificou-se que em grande parte das UBS, o enfermeiro é o responsável técnico. Devido todo o seu contexto de formação, com ênfase no processo de liderança, este profissional é destacado como apto à função, por desempenhar atividades nas dimensões assistências e gerenciais nos serviços de saúde<sup>(8)</sup>.

Cabe ao enfermeiro, como responsável técnico, concentrar-se em articular o processo de organização e funcionamento dos serviços, identificar os erros e problemas que comprometem a qualidade final do trabalho, desenvolver nas pessoas a ideia de que elas são capazes de melhorar, redefinir o papel do enfermeiro na assistência e na gerência do serviço<sup>(11)</sup>.

Nesse planejar/gerenciar, o enfermeiro responsável técnico utiliza conhecimentos das ciências biológicas, humanas e sociais, da tecnologia da informação, da administração e da educação<sup>(8)</sup>. O uso desse capital simbólico constitui um sistema estruturado intencionalmente, visando obter a integração social que possibilitará a elaboração de um consenso acerca da realidade cujo desfecho será a reprodução da ordem social<sup>(6)</sup>.

Referente ao Marcador 1, a insuficiência de materiais educativos e outros insumos

de prevenção, como o DIU, corrobora com estudo realizado no município de São Paulo<sup>(10)</sup>. Essa constatação é preocupante, pois, para uma assistência de qualidade, é essencial a disponibilidade de estruturas adequadas, abrangendo áreas físicas, materiais, equipamentos e instalações<sup>(12)</sup>. A falta de instalações adequadas e insumos nas UBS acabam comprometendo a realização das práticas e o alcance das metas de trabalho pelos profissionais de saúde, provocando um atendimento desqualificado para a população, bem como ações de baixa resolutividade aos problemas de saúde<sup>(13)</sup>.

A violência simbólica, relacionada à dificuldade de acesso aos insumos e exames e às fragilidades nas ações de prevenção, diverge ao recomendado pelas políticas públicas e normativas locais. Ao aproximar essa fragilidade na assistência da APS do aporte teórico bourdieusiano, pode-se inferir que o enfermeiro apreende um *habitus* gerencial fundado em seus conhecimentos e na experiência adquirida com a utilização de ferramentas que possibilitam cuidar/assistir os usuários do sistema de saúde com segurança, qualidade, eficiência e eficácia. Mas, no campo social da saúde, seus agentes ocupam posições diferentes, segundo a distribuição desigual de recursos simbólicos<sup>(8)</sup>. Dessa forma, estruturam-se hierarquias definidas pelas relações de poder, e se constroem maneiras hierárquicas de colocar cada pessoa no devido lugar, condicionando-as a reproduzir as desigualdades e ser agente da violência simbólica<sup>(6)</sup>.

No Marcador 2, quanto às ações de prevenção em relação às IST/aids, a literatura aponta que é essencial a capacitação do profissional que realiza o aconselhamento, permitindo entender e esclarecer as dúvidas do indivíduo, respeitando sua singularidade<sup>(14)</sup>. Além disso, permite o alcance de todos os objetivos propostos pelo aconselhamento, mantendo o funcionamento do serviço de forma adequada<sup>(15)</sup>, inclusive na realização de busca ativa para prevenir o abandono do tratamento e a melhoria da adesão dos faltosos<sup>(16)</sup>.

A violência simbólica se evidencia na medida que a minoria das UBS realiza o aconselhamento para o exame de HIV, pré e pós-teste, e respeita ao tempo médio de sete dias para o retorno do resultado positivo à unidade, fragilidades também averiguadas em uma investigação realizada com 442 UBS da APS de uma cidade de grande porte<sup>(10)</sup>.

A não realização do aconselhamento para o exame de HIV é ocasionada por diversos fatores, como a demanda elevada e a dinâmica dos serviços, por sobrecarga de atividades desenvolvidas pelos profissionais<sup>(17)</sup>, a existência de equipes incompletas e rotatividade dos profissionais das UBS<sup>(18)</sup>.

O relato dessas fragilidades atesta que a vulnerabilidade é um fenômeno comum na área da saúde, dado que os usuários que demandam assistência podem precisar de cuidados que dependem de alta tecnologia para sobreviver, ou recebem um diagnóstico grave e uma perspectiva de uma vida futura com doenças crônicas, dentre outras possibilidades que exigem ajustamento a um ambiente hospitalar e a uma terapêutica estabelecida pela equipe de saúde e as demandas organizacionais e institucionais. Esse contexto institui a vulnerabilidade desses usuários, influencia suas ações, emoções, pensamentos e convicções e influencia também as ações e reações dos profissionais de saúde<sup>(19)</sup>.

No que se refere ao Marcador 3, o fato da maioria das UBS não indicarem tratamento com Penicilina Benzatina do parceiro da gestante com diagnóstico de sífilis, sem pedido ou resultado do exame, contraria o recomendado pela Portaria nº 3.161/ 2011<sup>(20)</sup>. O tratamento da gestante e seu parceiro é um dos maiores entraves para a eliminação da sífilis, significando um problema de saúde pública em vários países, como a China<sup>(21)</sup>. No Brasil, apenas 15,2% dos parceiros das gestantes com sífilis são adequadamente tratados, o que indica dificuldades ao atendimento no pré-natal<sup>(4)</sup>.

Segundo estudo, existem barreiras multifatoriais que impedem a adesão dos parceiros das gestantes ao tratamento da sífilis, como o desconhecimento acerca da doença e de suas consequências, atenção ofertada inadequada, riscos e vulnerabilidades, baixas condições socioeconômicas, terapia medicamentosa e o seguimento do tratamento, sendo essencial a atuação do enfermeiro<sup>(22)</sup>.

Apreende-se que a prática assistencial em saúde relatada neste estudo é internalizada, afetando a maneira de ver o mundo e vivenciar as relações sociais. A forma como os protocolos assistenciais não são seguidos regularmente caracteriza uma violência simbólica, de forma não tangível, que se legitima como um tipo de força ou coesão que atinge as pessoas, produzindo desigualdades sociais e precarização da assistência.

No Marcador 4, a detecção, notificação e comunicação do diagnóstico relacionado ao HIV e a fragilidade na oferta do teste de detecção da sífilis e do teste anti-HIV no pré-natal corroboram com resultado de estudo paulista com gerentes de saúde<sup>(10)</sup>. A realização do teste anti-HIV durante a gestação foi verificada no Rio de Janeiro com uma cobertura de 91,5%, sendo a ideal de 95%<sup>(23)</sup>. Já em uma cidade do Rio Grande do Sul, o resultado da cobertura foi de apenas 16,5%, representando fragilidade nos serviços de saúde ofertados<sup>(24)</sup>.

No Marcador 5, as fragilidades do processo de referência e contrarreferência deste estudo assemelham-se àquelas relatadas em estudo qualitativo realizado no interior do Rio Grande do Sul<sup>(25)</sup>. Os achados corroboram o aporte bourdieusiano no concernente ao entendimento que nas relações sociais se estabelecem hierarquias não formais que legitimam a violência simbólica. Para manter o poder simbólico seus detentores, defendem interesses e ideologias em cumplicidade com aqueles que não querem saber que lhe estão sujeitos ou mesmo que o exercem<sup>(6)</sup>.

Consoante à discussão dos principais resultados, pode-se afirmar que, apesar do implemento positivo de alguns aspectos relacionados às questões de IST/aids para a população, há fragilidades que prejudicam a qualidade da assistência prestada e o desenvolvimento de práticas protetoras e de enfrentamento, comprometendo a integralidade como componente fundamental de cuidado em saúde para esse segmento social.

As limitações corresponderam à não participação de 19 UBS no estudo, bem como o preenchimento incompleto de algumas perguntas no questionário. Porém, o estudo alcança o objetivo, contribuindo para o progresso da ciência na área de enfermagem em saúde pública.

## CONCLUSÃO

Identificou-se com média vulnerabilidade programática às IST/aids as unidades com relação a infraestrutura, ações de prevenção, bem como de tratamento. Apresentaram baixa vulnerabilidade aquelas com relação às ações de pré-natal e puerpério, como também no concernente à integração das ações. Portanto, apesar de algumas potencialidades, as fragilidades em maior frequência indicam que a atenção primária à saúde ainda é permeada por violência simbólica na assistência às IST/aids.

O estudo contribui diretamente na perspectiva de que os dados podem dar subsídios aos gestores e equipes de saúde envolvidas na APS na determinação das prioridades de atenção em saúde, garantindo o desenvolvimento de práticas preventivas e de enfrentamento das IST/aids.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization (WHO). Sexually Transmitted Infections (STIs). [Internet]. Genebra: WHO;

- 2019 [acesso em 13 fev 2020]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/detail/06-06-2019-more-than-1-million-new-curable-sexually-transmitted-infections-every-day>.
2. Nelson LE, Tharao W, Husbands W, Sa T, Zhang N, Kushwaha S, et al. The epidemiology of HIV and other sexually transmitted infections in African, Caribbean and Black men in Toronto, Canada. *BMC Infect Dis*. [Internet]. 2019 [acesso em 15 fev 2020]; 19(294). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1186/s12879-019-3925-3>.
  3. Workowski KA. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *Clin Infect Dis* [Internet]. 2015 [acesso em 15 fev 2020]; 61(supl.8). Disponível em: <https://doi.org/10.1093/cid/civ771>.
  4. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico de Sífilis – 2017. [Internet]. Brasília: MS; 2017 [acesso em 25 fev 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-de-sifilis-2017>.
  5. Ayres JR, França Júnior I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM, editores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 117-39.
  6. Bourdieu P. *O poder simbólico*. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil; 1989.
  7. Freeman R, Gwadz M, Wilton L, Collins LM, Dorsen C, Hawkins RL, et al. Understanding long-term HIV survivorship among African American/Black and Latinx persons living with HIV in the United States: a qualitative exploration through the lens of symbolic violence. *Int J Equity Health* [Internet]. 2020 [acesso em 03 out 2020]; 19(146). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01253-w>.
  8. Souza DF, Silvino ZR. The Sociology of Pierre Bourdieu: theoretical potential for the subfield of nursing. *Rev bras enferm*. [Internet]. 2018 [acesso em 03 out 2020]; 71(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0505>.
  9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. *Boletim Epidemiológico - Aids e DST 2017*. [Internet]. Brasília: MS; 2017 [acesso em 25 fev 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>.
  10. Val LF do, Nichiata LYI. Comprehensiveness and programmatic vulnerability to stds/hiv/aids in primary care. *Rev Esc Enferm USP*. [Internet]. 2014 [acesso em 25 fev 2020] 48(spe). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420140000600021>.
  11. Silveira TVL, Prado Júnior PP do, Siman AG, Amaro M de OF. Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm*. [Internet]. 2015 [acesso em 06 out 2020]; 36(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>.
  12. Moreira KS, Lima C de A, Vieira MA, Costa S de M. Avaliação da Infraestrutura das Unidades de Saúde da Família e Equipamentos para ações na Atenção Básica. *Rev cogitare enferm* [Internet]. 2017 [acesso em 03 out 2020]; 22(2). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i2.51283>.
  13. Bousquat A, Giovanella L, Fausto MCR, Fusaro ER, Mendonça MHM de, Gagno J, et al. Tipologia da estrutura das unidades básicas de saúde brasileiras: os 5 R. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2017 [acesso em 27 fev 2020]; 33(8). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00037316>.
  14. Neves CLAM. *Capacitação em acolhimento e aconselhamento para testagem rápida para HIV* [tese]. Natal (RN): Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2017.
  15. Lima CV de, Bezerra JM, Leitão CPLS, Silva MES da. O enfermeiro como gerente da atenção básica: o modo de lidar com as dificuldades e limitações do Sistema de Saúde Pública. In: *Anais da VII Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia DeVry Brasil*; 2016 Maio p. 2238-2208; Belém, Brasil. Belém: DeVry; 2016.
  16. Pereira FW, Kleinubing RE, Ilha S, Gomes GC, Souza MB de. Strategies for joining to the treatment for seropositive pregnant women to human immunodeficiency virus. *Rev pesqui cuid fundam* [Internet]. 2015

- [acesso em 01 mar 2020]; 7(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2796-2804>.
17. Gomes ESS, Galindo WCM. Equipes de saúde da família frente à testagem e ao aconselhamento das IST, HIV-AIDS. Rev Baiana de Saúde Pública [Internet]. 2017 [acesso em 03 out 2020]; 41(3). Disponível em: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2017.v41.n3.a2376>.
18. Zambenedetti G, Silva RAN da. Descentralização da atenção em HIV-Aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. Physis [Internet]. 2016 [acesso em 01 mar 2020]; 26(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0103-73312016000300005>.
19. Boldt, J. O conceito de vulnerabilidade na ética e filosofia médicas. Philos Ethics Humanit Med [Internet]. 2019 [acesso em 03 out 2020]; 14(6). Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s13010-019-0075-6>.
20. Ministério da Saúde. Portaria n. 3.161, de 27 de dezembro de 2011. Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). [Internet]. Diário Oficial da União. 2011 dez. 27; [acesso em 11 mar 2020]. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161\\_27\\_12\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3161_27_12_2011.html).
21. Liu Z, Wang T, Liu Y, Wang A, Xie D, Kong F, et al. Evaluating the progress to eliminate mother-to-child transmission (MTCT) of syphilis in Hunan Province, China: a study based on a health service delivery model. Plos One [Internet]. 2018 [acesso em 11 mar 2020]; 13(9). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0203565>.
22. Vasconcelos MIO, Oliveira KMC de, Magalhães AHR, Guimarães RX, Linhares M do SC, Queiroz MV de O, et al. Syphilis in pregnancy: strategies and challenges of nurses of primary care for treatment couple simultaneous. Rev Bras Promoç Saúde [Internet]. 2016 [acesso em 11 mar 2020]; 29(supl). Disponível em: <https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6409/>.
23. Oliveira MIC de, Silva KS da, Gomes DM. Factors associated with submission to HIV rapid test in childbirth care. Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2018 [acesso em 15 mar 2020]; 23(2). Disponível em: <https://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018232.11612016>.
24. Machado VS, Mizevski VD, Brand EM, Calvo K da S, Belinni FM, Duarte ERM, et al. Availability of rapid tests for syphilis and HIV at primary health care units of Brasil in 2012. Saúde em Redes [Internet]. 2017 [acesso em 15 mar 2020]; 3(1). Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/169445/001049038.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
25. Brodani JE, Leal FZ, Potter C, Silva RM da, Noal HC, Perrando M da S. Challenges of referral and counter-referral in health care in the Workers' perspective. Cogitare enferm. [Internet]. 2016 [acesso em 15 mar 2020]; 21(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v21i1.43350>.

**COMO REFERENCIAR ESTE ARTIGO:**

França ISX de, Basílio EEF, Aragão J da S, Magalhães IM de O, Pereira A de BR, Coura AS. Vulnerabilidade programática às ist/aids na atenção primária à saúde: um *habitus* permeado pela violência simbólica. Cogitare enferm. [Internet]. 2021 [acesso em "colocar data de acesso, dia, mês abreviado e ano"]; 26. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.74976>.

Recebido em: 03/07/2020

Aprovado em: 28/10/2020

Editora associada: Susanne Elero Betioli

**Autor Correspondente:**

Emerson Eduardo Farias Basílio

Universidade Estadual da Paraíba – Campina Grande, PB, Brasil

E-mail: [emersontpb201244@gmail.com](mailto:emersontpb201244@gmail.com)

**Contribuição dos autores:**

Contribuições substanciais para a concepção ou desenho do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação de dados do estudo – EEFB, JSA, IMOM, ABRP

Elaboração e revisão crítica do conteúdo intelectual do estudo – EEFB, JSA, IMOM, ABRP, ASC

Aprovação da versão final do estudo a ser publicado – ASC

Responsável por todos os aspectos do estudo, assegurando as questões de precisão ou integridade de qualquer parte do estudo – ISXF



Copyright © 2021 Este é um artigo em acesso aberto distribuído nos termos da Licença Creative Commons Atribuição, que permite o uso irrestrito, a distribuição e reprodução em qualquer meio desde que o artigo original seja devidamente citado.