

1

Definição do Objeto

1.1

AIDS: Cenário Atual

A AIDS tornou-se a pandemia mais desafiadora dos últimos anos. Indistintamente, essa doença é capaz de assolar ricos e pobres, homens e mulheres, crianças e idosos, imiscuindo-se no domínio do privado e interferindo em questões complexas, tais como a sexualidade, o casamento, a fidelidade, o preconceito, a violência etc.

Segundo a UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas para o HIV/AIDS –, existem no mundo aproximadamente 33 milhões de pessoas vivendo com AIDS. A África Subsaariana é a região mais afetada, concentrando 72% das mortes pela doença. Na América Latina, estima-se que 1,5 milhões de pessoas vivam com a doença. Já no Brasil, desde o início da década de 80 até junho de 2009, o Ministério da Saúde notificou 544.846 casos de AIDS, e o total de óbitos acumulados até 2008 é de 217.091³.

No Brasil, a razão de infectados em relação ao sexo vem diminuindo consideravelmente. Em 1986, para cada quinze homens infectados com a doença, havia um caso registrado entre as mulheres. Em 2006, a razão foi de 1,5 para 1, a qual persiste até os dias de hoje. Cabe ressaltar que na faixa etária de 13 a 15 anos, esse quadro se inverte, ou seja, há mais meninas contaminadas que meninos.

Vale ainda dizer que, conforme explica Rachid (2005), as informações sobre a epidemia no Brasil certamente são subnotificadas, já que a maioria das informações disponíveis refere-se a caso de AIDS, isto é, a pessoas que

³ Os números utilizados aqui se encontram no Boletim Epidemiológico de DST/AIDS publicado pelo Ministério da Saúde no ano de 2009. Os dados de 2010 são ainda preliminares e sujeitos a modificação, por essa razão abrimos mão do seu manuseio.

desenvolveram a doença e não a indivíduos assintomáticos, mas com infecção pelo HIV. Atualmente as tendências quanto à infecção no contexto brasileiro orientam-se para a feminização e a juvenização da doença, invadindo as camadas mais pobres da sociedade. Essas tendências são analisadas por Parker e Camargo Jr. (2000) como o reflexo das várias epidemias de HIV/AIDS que ocorrem paralelamente no país, as quais são determinadas por sua dimensão continental e por suas variações sócioeconômicas e demográficas, conforme é possível constatar abaixo:

Dito de outra forma, estas diferentes características conformariam populações diferentes, ainda que em mesmo território, com variações quanto à probabilidade de que seus componentes viessem a infectar-se pelo HIV, configurando, portanto, diferentes vulnerabilidades à infecção pelo HIV e, por conseguinte, à AIDS (Parker e Camargo Jr. 2000, p.90).

No início da epidemia, a sentença de morte que pairava sobre as cabeças de todos os infectados provocava uma incerteza muito grande, tanto nos pacientes quanto na própria equipe técnica que os assistia, uma vez que pouco se sabia sobre a doença e sobre as chances de sobrevivência que ela poderia acarretar. Por muito tempo, foi utilizado o termo “paciente terminal” para denominar aqueles que já estavam em franco processo de adoecimento, próximos da morte.

O que era consenso para as equipes de saúde naquela época era que todo paciente deveria ter direito a todos os cuidados paliativos que pudessem ser garantidos. No campo da proteção social, assistia-se a processos de aposentadorias imediatas e inquestionáveis para quem tivesse esse direito, dado o caráter de finitude que a doença engendrava.

1.2

AIDS: Novos Cenários

Passados mais de 20 anos, o Brasil hoje se destaca pela qualidade da política implementada pela rede do Sistema Único de Saúde, em que todo o tratamento com os ARVs – medicação antirretroviral – é disponibilizado aos pacientes universalmente⁴, incluindo os exames laboratoriais e a medicação para o combate das doenças oportunistas.

No entanto, é válido lembrar que a epidemia de HIV continua atingindo níveis crescentes, uma vez que, para contê-la, contamos somente com o desenvolvimento de hábitos de prevenção que requerem mudanças no nível do imaginário social, as quais, por isso, são morosas e difíceis de serem atingidas. Contudo, vale ressaltar que, conforme destacam Brandão e Heilborn (1999, p.5), a trajetória sexual de cada um, ou mesmo de grupos de pares, parece referenciar contextos culturais também determinados, e que em nossa sociedade o traço do gênero produz nuanças bem marcadas:

(...) não exatamente pelas diferenças estampadas em seus respectivos corpos, mas, sobretudo em função da maneira como as expectativas e as aspirações em relação à experimentação sexual são marcadas pelo gênero na tradição ocidental (Brandão & Heilborn, 1999, p.5).

Na verdade, ao considerar a feminização da AIDS, é possível perceber que as questões relativas ao gênero devem estar presentes em qualquer plano de ação que tenha como meta uma melhor assistência e/ou o combate a essa epidemia. Não é sem razão que, desde 2007, o Ministério da Saúde mantém uma parceria com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, denominado “Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS e outras DST”. Esse plano reconhece a importância de se considerar os *“componentes socioeconômicos e culturais que estruturam a desigualdade entre homens e mulheres”* (Ministério da Saúde, 2009), articulando ações de combate às possíveis vulnerabilidades agudizadas pela categoria gênero.

⁴ Na década de 90, o Ministério da Saúde decide que a medicação específica da AIDS deve ser distribuída gratuitamente nos serviços de saúde. Este período (Governo Collor) é caracterizado por Jane Galvão como um período “contraditório” que combina ações extremamente equivocadas e ações de vanguarda em relação à política pública de combate à AIDS. Sobre isso, consultar AIDS no Brasil: agenda de uma epidemia (Galvão, 2000).

No nível social, muitos benefícios foram integralizados – tais como a facilitação da retirada do PIS, o passe livre destinado à ida às consultas médicas, a isenção do imposto de renda em determinados casos etc. – com o objetivo de facilitar o tratamento do paciente, que passou a ser concebido como de caráter crônico.

Apesar de todos os avanços no campo da proteção social, autoras como Costa-Couto (2007) são unânimes em ressaltar que as políticas públicas ainda estão longe de responder com eficácia à vulnerabilidade da população mais empobrecida, a qual teria um risco acrescido em relação à contaminação do HIV pela própria condição de pobreza a que está submetida.

As equipes técnicas também vêm se reformulando diariamente. Novas metodologias de gestão estão sendo introduzidas na rede de serviços, tais como a rotina preconizada para mulheres vítimas de violência, o projeto de redução de danos, o atendimento humanizado a parcelas específicas da população, como travestis e profissionais do sexo. Essas ações colaboram para que a ideia preconcebida da AIDS como sentença de morte fique cada vez mais longe. Contudo, novos desafios têm se apresentado, e um deles é o de estimular o paciente ao tratamento contínuo, tarefa atrelada ao seu novo status de doença crônica.

No ano 2002, a ABIA⁵ (Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS) promoveu um seminário intitulado “Conjugabilidade e AIDS: a sorodiscordância e os serviços de saúde”, com o objetivo de abrir as discussões sobre essa temática. Cinco anos mais tarde (2007), a ABIA promoveu um outro encontro para discutir questões relativas ao cuidado e a prevenção da AIDS, convidando, além de entidades organizadas, profissionais de saúde, portadores de HIV e o próprio Ministério da Saúde.

A partir desses encontros, ficou flagrante a necessidade de se reformularem algumas linhas diretrizes de ação a partir da contribuição das várias áreas de conhecimento envolvidas com a questão da epidemia. Essa proposta de reformulação – mais fortemente evidenciada em 2007 – tem o objetivo de

⁵ A ABIA é uma ONG conhecida por seus projetos na área de HIV/AIDS, sediada no Município de Rio de Janeiro.

realinhar as ações preventivas à realidade atual, tendo em vista a transformação das relações afetadas, principalmente pelos avanços das tecnologias de ponta (medicação, exames, vacinas, equipamentos) e das metodologias de gestão (elaboração de novas rotinas, protocolos etc).

Dentro dessa proposta mais geral, destaca-se o desenvolvimento de programas de atenção e prevenção a pessoas portadoras do vírus HIV/AIDS, que foram estrategicamente batizados de *Prevenção Positiva* (ABIA, 2009). Ainda não se trata efetivamente de uma linha de atuação da política pública, uma vez que as discussões em torno do assunto ainda precisam amadurecer. Contudo, já existe um consenso entre os profissionais que lidam com essa questão de que já é possível auferir linhas mais gerais, como uma espécie de protocolo de intenções. Uma das compreensões mais relevantes nesse processo é o de que o foco de atuação da prevenção deve ser desvincilhado do modelo biomédico que "culpabiliza" o paciente e reduz a prevenção à utilização do preservativo.

Barcellos (2009) ressalta que aquilo que se deseja imprimir é uma nova noção de prevenção que descarta a ideia de que ela seja somente para evitar a transmissão do HIV a outras pessoas. Essa nova perspectiva de prevenção engendra a noção do cuidado e da integralidade da saúde, introduzindo também a questão da subjetividade como algo a ser valorizado pelos profissionais no dia a dia dos serviços, já que a história de vida do paciente, seus sentimentos, seus desejos e suas representações interferem de maneira decisiva no processo saúde-doença.

Embora se fale na importância de valorizar os processos subjetivos do paciente, na sua singularidade, nas suas emoções, na rotina profissional, raramente refletimos sobre a questão da subjetividade ou a problematizamos, muito embora sejamos constantemente atravessados por ela no contato rotineiro com o paciente. São processos de raiva, de decepção, de tristeza, de mutismo e de alegria que também precisamos aceitar e entender para melhor encaminhar a conduta terapêutica. De acordo com Kahhale e colaboradores (2010), a subjetividade é um processo individual e social, codificado pelo psiquismo e mediado por outros sistemas simbólicos, como a linguagem, a emoção e o pensamento. Dito de outra forma:

A subjetividade não é algo que vem de “fora” e que aparece dentro do indivíduo, como também não é algo que vem de “dentro” e se expressa no mundo, pois se a entendermos assim mantemos a dualidade indivíduo e sociedade, não fazemos a superação dialética necessária. Dessa forma, a subjetividade “não é algo que aparece somente no nível individual, mas que a própria cultura dentro da qual se constitui o sujeito individual e da qual também é constituinte, representa um sistema subjetivo, gerador de subjetividade. (González Rey, 2003, p.78 in Kahhale, 2010, p.22).

Neste caso, o sujeito seria representante de uma história própria, única, que não se repete, e a realidade que ele experimenta partiria do processamento de elementos presentes tanto no campo individual quanto no campo social.

A amplitude desta linha de atuação, veiculada no documento já citado sobre as “estratégias positivas”, envolve a garantia do acesso à medicação, a atenção psicossocial, o desenvolvimento de novas estratégias para uma melhor adesão ao tratamento preconizado, o desenvolvimento de novas propostas clínicas mais condizentes com as novas descobertas em relação à epidemia, bem como o direito a uma vida sexual saudável, ativa e, neste caso, que compreenda o direito à reprodução.

Na realidade, ainda há muito caminho a ser percorrido, e, conforme já mencionado, a questão da sorodiscordância é relativamente nova no cenário dos ambulatorios brasileiros, e ainda não se pode contar com uma contribuição ampliada que ajude a reorientar a ação em serviço. Além disso, a literatura disponível é escassa e recente, o que dificulta o acesso de muitos profissionais de saúde envolvidos com a questão.

1.3

A Questão da Sorodiscordância – Revisando os Autores

Remien (2002) constata um aumento expressivo de casais sorodiscordantes. Para ele, isso se deve à efetividade da terapia antirretroviral, o que induz o paciente portador do vírus HIV/AIDS a procurar relacionamentos estáveis. Porém, se é verdade que cada vez mais pessoas soronegativas entram

conscientemente em relacionamentos com pessoas portadoras do vírus HIV, Remien chama a atenção para a prevalência dos vírus resistentes, que são mais comuns, especialmente na população que está em tratamento, e muito mais difíceis de tratar. Tal configuração se apresenta como problemas concretos tanto para o próprio paciente quanto para a Saúde Pública, já que:

A maioria das transmissões sexuais do HIV ocorre em um contexto de relacionamentos estáveis, seja porque as pessoas não sabem do seu status, seja porque se acredita que não ocorre transmissão neste tipo de relacionamento. (Remien, 2002, p.20).

Remien (2002) destaca alguns desafios para os casais sorodiscordantes: seja na área dos relacionamentos sexuais, seja na carência ou ausência do suporte social, o que leva os casais a uma condição de isolamento. Tal condição traz dificuldade na idealização de planos para o futuro, em questões relacionadas ao tratamento e ao cuidado médico e mesmo em fatores relacionados à gravidez e ao cuidado infantil.

Uma questão sinalizada por Remien que perpassa todas as outras já assinaladas aqui é uma tendência para “a fuga e para o segredo”. Para o autor, pode haver um pacto de silêncio, em que as duas pessoas envolvidas no relacionamento não conversam sobre as questões relacionadas à AIDS. Outras dificuldades destacadas por Remien vão desde o uso inconsistente, e até mesmo incorreto do preservativo – como a não utilização em todas as relações – até as falsas percepções sobre o risco – como evitar a ejaculação, acreditando que isso já seria o suficiente para prevenir o contágio. O autor ainda acrescenta que algumas pessoas que fazem uso do antirretroviral também acreditam que o mesmo reduz o risco de transmissão. Outros acreditam que a carga viral indetectável também é responsável pela não transmissão do vírus.

Por fim, Remien destaca que alguns parceiros de portadores de HIV relatam que as melhoras no tratamento, incluindo uma melhora no esquema da medicação – que reflete um melhor entendimento da rotina de medicação a ser seguida – os deixam menos temerosos em relação à mesma. É notório que as questões assinaladas por Remien exigem da Saúde Pública uma atitude de reordenamento a fim de serem efetivadas ações mais concatenadas com esta nova realidade que já se apresenta nos serviços.

Maksud (2007) analisou a experiência de treze casais sorodiscordantes a partir de alguns eixos estruturadores, como a descoberta da soropositividade e o encontro com o parceiro atual, a revelação da soropositividade e a vida afetivo-sexual, o cotidiano e as relações familiares. A referida autora incluiu em seu estudo a análise de dados sóciodemográficos, o pertencimento social dos pacientes assim como suas experiências afetivas anteriores.

Em seu estudo Maksud percebeu que fatores subjetivos interferem no modo de conformação dos casais. A autora concebe a subjetividade de acordo com uma perspectiva de construção social e não de forma psicologizante, como um atributo individual.

A partir do diálogo com as diferentes histórias de vida e a trajetória conjugal dos casais, Maksud pôde perceber questões que se repetem de forma recorrente: uma delas foi o descarte do uso do preservativo nas relações sexuais pela maioria dos casais, e, neste caso, ela se alinha à Remien. Outra descoberta foi a percepção de que questões de gênero encontram-se engendradas no dia a dia dos casais, e que os serviços de saúde “passam a desempenhar um papel relevante na vida do sujeito” (Maksud, 2007, p.228).

Outras questões, tais como a revelação diagnóstica, a rotina médica e o estigma a ser enfrentado por quem possui a doença e por seu par, também são fatores de muito sofrimento. Maksud discorda que haja uma “identidade” específica para os soropositivos que leve em conta a questão da participação social; mas admite um “processo” de construção de subjetividades polarizadas que ganham sentido em determinados momentos, como explica a seguir:

No cotidiano há um processo de construção progressivo de subjetividades opostas – soropositivo e soronegativo -, que se firmam como identidades somente em determinadas circunstâncias, como nos serviços de saúde, na família. (Maksud, 2007, p.23).

A questão do não uso do preservativo em relações sexuais em que um é sabidamente HIV positivo inquieta tanto os estudiosos do assunto quanto os profissionais da rede de serviços. Se tal situação encontra substrato no plano simbólico, é necessário concordar com a autora de que há necessidade de mais estudos nessa área para que seja possível desenvolver estratégias mais efetivas para a condução da questão.

Polejack (2007) utiliza referenciais psicológicos em sua dissertação de mestrado para compreender a dinâmica relacional dos casais sorodiscordantes. A autora utiliza o método clínico da teoria sistêmica que embasa a terapia de família e o método da abordagem psicodramática para auxiliar sua investigação. Por intermédio de entrevistas semiestruturadas divididas em três eixos – passado, presente e futuro –, a autora analisou três casais heterossexuais, suas histórias de vida e questões que surgem e influenciam o modo como eles se relacionam. Nesse método, ao final de cada fase, os casais eram estimulados a construir uma escultura que representasse cada uma das fases mencionadas acima.

O estudo revelou a importância que os casais dão ao fato de terem filhos, o que muitas vezes é o maior fator de suportabilidade dos problemas vivenciados. A situação da revelação diagnóstica também foi arrolada e a autora analisa a questão deste modo:

Percebemos que o empobrecimento da espontaneidade e o desgaste do relacionamento estão vinculados ao “conviver com a soropositividade”, não ao diagnóstico. É o dia a dia, são as questões relacionadas ao HIV que vão surgindo na conjugalidade e que não são trabalhadas, não são comunicadas e não têm espaço para existir, que empobrecem a espontaneidade e trazem dificuldade para o casal. A falta de compartilhamento sobre a convivência com HIV revela a necessidade de um espaço de atenção específica. (Polejack, 2002, p.34)

O modelo biomédico que estrutura os serviços, a dificuldade de viver o presente pelo medo de perder a pessoa amada, a convivência constante com o paradoxo da vida e da morte, da saúde e da doença, também foram questões muito evidenciadas no estudo de Polejack. Ela utiliza a categoria *sorodiferente* ao invés de sorodiscordante para embasar suas reflexões, pois segundo a autora o termo sorodiferente traz a possibilidade de vislumbrar o que há de inclusivo em relação aos diferentes, excluindo a questão do conflito.

Para a antropóloga Daniela Knauth (2007), os casais sorodiscordantes são alvo de um preconceito aumentado que se apresenta em diferentes esferas, da família à mídia. O preconceito enfrentado por tais casais está relacionado, segundo a autora, com a dificuldade que a sociedade tem de aceitar a união entre diferentes. Para ela, emerge aí a questão do risco, não só o biológico (medo de se infectar), mas também o risco social (ameaça à ordem social, ao que já está instituído).

Knauth discorda de Polejack no sentido de que a identidade dos casais possa se dar pelo diagnóstico. Para Knauth são os serviços de saúde que conferem, a partir da doença, o lugar que eles ocupam. Knauth refuta também o termo sorodiferente, utilizado por Polejack e assim esclarece sua crítica:

O conflito está presente em todas as relações. Ele pode estar explicitado ou não, mas quando estamos falando de casais e de relações de gênero, sempre existe um elemento de conflito que mesmo numa abordagem conjunta, vai estar presente. (Knauth, 2002, p.41)

Neste estudo, o uso do termo sorodiscordante é justificado pelo fato de se levar em consideração a ideia da existência de conflito (tensão) em todas as relações sociais.

Silva (2007), em sua tese de mestrado, entrevistou seis médicos que tinham experiência em ambulatórios públicos e que prestavam assistência às pessoas com HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro. O objetivo desse estudo foi identificar que estratégias ou intervenções são utilizadas pelos médicos para reforçar a utilização do preservativo, especialmente em casais sorodiscordantes, conforme pode ser constatado a seguir:

A eficácia da prevenção à AIDS através do uso sistemático do preservativo foi suficientemente demonstrada por diversas pesquisas, mas queremos identificar neste estudo quais as estratégias ou intervenções usadas pelos médicos para garantir a seus pacientes a importância do seu uso. Em especial, quando esses pacientes estão envolvidos em relacionamentos conjugais sorodiscordantes, onde apenas um elemento do casal possui o HIV. (Silva, 2007, p.6)

A pesquisa realizada por Silva utilizou metodologia qualitativa, de natureza exploratória, baseada na análise de entrevistas. A autora utiliza três vinhetas clínicas, ao descrever casos de pacientes sorodiscordantes, para que o médico possa opinar sobre elas. Ao final do estudo, Silva mostra a preponderância do modelo biomédico em relação às questões relativas à sorodiscordância e, como consequência, a não observância das subjetividades que influenciam o processo saúde-doença. Em conclusão, Silva avalia as estratégias utilizadas pelos médicos como negativas, porque apagam a condição do casal descontextualizando-o de suas histórias de vida.

O estudo de Silva contrasta com o que está sendo preconizado como estratégia em relação à sorodiscordância atualmente, tanto no encontro promovido e publicado pela ABIA (2009) quanto pelo documento publicado pelo

Ministério da Saúde (2007). Essa proposta engendra uma nova visão do cuidado que, sobretudo, revaloriza a questão da subjetividade como uma forma de apreender as especificidades do paciente e pode, finalmente, influenciar em seu processo de cura.

Cabe esclarecer aqui que essa temática é muito nova para os profissionais de saúde e, levando-se em conta a expectativa de vida que os pacientes agora atingem, muitos problemas tendem a aumentar em nível de complexidade e precisam ser problematizados de modo que possamos oferecer respostas mais factíveis de acordo com a proposta geral da Saúde Coletiva, que é voltada para a promoção da saúde.

Situações como a revelação diagnóstica a um parceiro soronegativo envolvem várias questões, tais como a aceitação da doença pelo próprio paciente, o medo da perda do parceiro e o medo de aceitar a si mesmo perante uma sociedade que ainda percebe a AIDS como uma doença relacionada à promiscuidade ou a segmentos de risco. Essas situações envolvem ainda questões subjetivas, tais como planos para o futuro e o medo latente da morte. Quanto a isso, Maksud (2007) explica que existe uma tensão entre “esconder e revelar” a soropositividade, sendo a confissão a sua fonte de resolução. Todavia, a autora mostra que a confissão da soropositividade é um dilema difícil de ser resolvido, uma vez que sempre carrega consigo o estigma que a sociedade impõe aos infectados pelo HIV de forma geral, mas, mais contundentemente à mulher.

Em minha prática profissional no ambulatório de especialidades não foram raras vezes em que atendi mulheres que sentiam muita culpa e vergonha por seu status sorológico. No entanto, isso quer dizer que a questão da revelação diagnóstica não seja problemática para os homens, mas, que há uma forte questão de gênero a ser observada. Como aponta Maksud, em qualquer circunstância, a situação da revelação implica no enfrentamento de problemas, já que ela demonstra, sobretudo, a *“evidência de uma diferença no par”* (Maksud, 2007, p.130).

A negociação entre casais sorodiscordantes também é uma questão que compreende vários outros fatores, tais como a necessidade de ter filhos, a

erotização do preservativo e a soroconvergência do parceiro, até então negativo, por querer ser solidário na doença ou por querer dar uma “prova de amor”⁶.

Disputas judiciais também são situações que devem ser arroladas aqui. Questões como a guarda de filhos e a adoção de crianças já estão sendo levadas aos serviços ambulatoriais e os pareceres dos vários especialistas que lidam com o paciente portador do vírus HIV/AIDS já estão sendo requisitados.

Outras situações, como a prática do sexo seguro – que devem ser remetidas a um entendimento mais amplo da sexualidade –, também devem ser destacadas. Na maioria das vezes, o paciente demanda uma resposta concreta e imediata, já que o que ele almeja é a solução do seu problema, é a “prescrição” de como lidar com esta nova etapa de sua vida; e, neste caso, a sexualidade assume um papel de destaque.

No revés do que foi exposto até agora estão os próprios profissionais de saúde, que ainda podem ter uma visão estereotipada de casal – geralmente a de um homem e uma mulher – que exclua os casais homossexuais – principalmente no caso das mulheres – e ignore questões específicas que estes reclamam para si, em justa medida, como por exemplo, o recebimento do parceiro/a para conversas por não percebê-lo, muitas vezes, como o seu principal cuidador.

Tudo o que foi descrito até aqui remete às seguintes reflexões: que tipos de estratégias estão ao alcance da equipe técnica para que se possa diminuir o risco de infecção entre casais sorodiscordantes? Que novo olhar a equipe deve imprimir para trabalhar melhor com esta nova realidade?

⁶ A questão da prova de amor foi freqüentemente confidenciada na maioria das vezes por mulheres, dentro dos consultórios, durante muitos processos de entrevista que já tive ao atuar como assistente social no ambulatório especializado em HIV/AIDS.

1.4

Recomendações para a Terapia Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV - As Novidades do Consenso

As Recomendações da Terapia Antirretroviral para Adultos Infectados pelo HIV é uma publicação bianual elaborada por um comitê assessor composto de especialistas do Ministério da Saúde que avaliam e regulamentam a inclusão de novas drogas para o tratamento da doença a serem utilizadas em todo país. Além disso, essa publicação define outras recomendações específicas para a assistência aos portadores de HIV/AIDS, e, por isso, é mais conhecida entre os técnicos da área da saúde como “Consenso”. Sua edição mais recente (2010) apresenta em seu suplemento sobre tratamento e prevenção algumas inovações sobre reprodução assistida e planejamento familiar, as quais incidem claramente na questão da sorodiscordância.

A primeira inovação a ser considerada está diretamente relacionada à questão da reprodução no contexto da sorodiscordância. Já a segunda é a inclusão de indicação de profilaxia pós-exposição sexual, incluindo exposições a relações sexuais eventuais (Ministério da Saúde, 2010). O rebatimento dessa inovação nos serviços é, de fato, de grande importância, pois é aí que talvez se encontre a solução para os famosos “acidentes de percurso” que tanto afligem a equipe do ambulatório de especialidades que lida com a rotina pós-exposição sexual de casais sorodiscordantes.

Como antigamente não havia uma rotina clara para isso, muitas vezes o parceiro soronegativo, após ter rompido o preservativo durante o ato sexual, procurava o serviço de referência, mas não tinha uma solução para o seu problema. Embora alguns desses serviços deixassem o paciente à sua própria sorte, sem a oferta da medicação adequada, as medidas eram, então, tomadas caso a caso, de acordo com as práticas do próprio serviço, que quase sempre burlava as regras e fazia a rotina da profilaxia por sua própria conta.

Além de influir diretamente na realidade dos casais sorodiscordantes, essa nova recomendação repercutiu também no cotidiano dos serviços, que passaram a utilizar uma rotina clara, prescindindo de quaisquer artifícios para a sua

efetivação. Esse novo consenso tem como pressuposto que “o planejamento familiar é um direito sexual e reprodutivo” (Ministério da Saúde, 2010), e, por isso, estabelece novas regras para minimizar os riscos da transmissão do HIV pelo ato sexual, bem como propõe que todas as questões que envolvem a reprodução sejam amplamente discutidas e integralizadas ao ambiente dos serviços.

No caso da sorodiscordância, o consenso (2010) faz a orientação, de acordo com duas situações distintas:

A) Quando o homem é soropositivo e a mulher é soronegativa:

A recomendação do consenso é a de utilização da técnica da lavagem do esperma, mas o documento também adverte que a autoinseminação e a concepção natural, realizadas no período fértil da mulher, reduzem o risco da transmissão, tornando-o mínimo.

Algumas medidas de redução de risco também são esclarecidas:

- O homem deve estar em uso de terapia antirretroviral e aderido ao tratamento preconizado;
- Deve haver supressão máxima da replicação viral, com pelo menos duas quantificações de carga viral com resultado indetectável nos últimos seis meses;
- O paciente deve ter, preferencialmente, uma condição imunológica estável;
- O paciente não pode estar com coinfeções ativas;
- A mulher não pode estar com nenhuma infecção genital;
- Deve haver estabilidade clínica e ausência de infecções oportunistas ativas no paciente em questão;
- Deve haver profilaxia pré e/ou pós-exposição sexual, quando a medida se fizer necessária.

Além dessas medidas, o consenso também propõe a avaliação do uso da medicação antirretroviral para os casos de autoinseminação e concepção natural e indica ainda uma avaliação ginecológica minuciosa da mulher soronegativa

como forma de preparo físico e emocional para a realização de todo o processo que envolve a concepção.

B) Quando a mulher é soropositiva e o homem é soronegativo:

Neste caso, o risco de contaminação do parceiro é bem menor e a técnica da autoinseminação é recomendada. A técnica da inseminação intrauterina (IIU) pode ser indicada, mas somente após seis tentativas de autoinseminação frustradas.

Orientações adicionais – de acordo com um protocolo já existente – para evitar a transmissão vertical também devem ser empreendidas com o intuito de reforçar a importância do acompanhamento pré-natal, do planejamento do parto, do acompanhamento do bebê e, principalmente, da não amamentação.

O consenso alerta ainda para possíveis temores e crenças acerca da saúde do bebê, os quais são passíveis de serem trabalhados pelos profissionais da equipe.

Algumas medidas de redução de risco também são propostas para tal situação:

- Caso a mulher soropositiva esteja em uso de profilaxia antirretroviral, deve haver boa adesão ao tratamento, com esquema seguro para a gestação e carga viral indetectável nos últimos seis meses;
- Não deve haver coinfeções ativas na mulher;
- Não deve haver infecções do trato genital;
- A mulher deve possuir preferencialmente cd4 acima de 200 células/mm3 (nível razoável de defesa);
- A mulher deve possuir um bom nível de estabilidade clínica e não deve portar nenhuma infecção oportunista.

A utilização da medicação antirretroviral só é recomendada nos casos em que houver contato do parceiro negativo com os fluídos genitais da mulher, ou em casos de reprodução natural não recomendada.

Essas são as recomendações mais específicas até o momento quanto à sorodiscordância. Para poder implementá-las, porém, outros fatores também merecem ser apreciados, os quais serão discutidos na próxima seção.

1.5

Cultura Institucional dos Serviços de Saúde: a questão da integralidade e as equipes multiprofissionais que atuam na prevenção e assistência ao HIV/AIDS

O entendimento de cultura institucional, neste estudo, apóia-se em Rivera (1996), que se aproxima de Habermas e concebe três dimensões da vida organizacional:

A cultura, representada pelo saber comum da organização, incluindo o *savoir-faire* e a razão de ser real da mesma; a sociedade, representada pelas formas normativas de integração social, onde pode-se incluir o estilo de management, a qualidade da comunicação, o grau de agregação intersubjetiva definido pelo sentimento de pertença à coletividade organizacional e pelos níveis de equilíbrio atingidos pelos atores básicos da organização na relação de seus interesses; e a personalidade, representada pelas capacidades comunicativas e de socialização da liderança e dos liderados.(Rivera, 1996, p.11).

Rivera admite a possibilidade de mudança quanto à cultura institucional a partir de elementos inscritos na cultura já pré-existente; mas para isso é necessário um “desbloqueio da comunicação” e um “descentramento de sua racionalidade” – o da instituição. Nesse caso, a mudança poderia ocorrer, todavia, muito lentamente. As Instituições – e a cultura que há nelas – encontram resistência à mudança porque elas não são um bloco monolítico; existem, ali, interesses diversos, representados por vários indivíduos.

Lourau (2004) define instituição como um “cruzamento de instâncias” – econômica, política e ideológica – que formariam: “A trama social que une e atravessa os indivíduos, os quais, por meio de sua práxis, mantêm ditas instituições e criam outras novas (instituintes).” (Lourau, 2004,p.68).

Ainda, segundo este autor, as instituições teriam uma face escondida, reprimida, que viria à tona em períodos de crise social; e as equipes de trabalho não estariam desconectadas desse processo. Ao contrário, todo profissional estaria, no dizer de Lourau, “implicado” com a instituição e, neste caso, objetivando e sendo objetivada por ela.

A reflexão de questões que envolvem a equipe de saúde e as instituições justifica-se pela importância da dimensão do cuidado para/com o paciente portador de HIV/AIDS. A equipe de saúde, na maioria das vezes, funciona para ele como um forte alicerce em seu processo de autocuidado, não só pelo caráter pedagógico que envolve a atuação da equipe, mas, sobretudo, pelo apoio emocional que ela seja capaz de concretizar.

Peduzzi (2001), ao realizar um estudo sobre equipes de saúde, constatou que são raras as definições de equipe como as anteriormente descritas; que predominam aquelas cujo enfoque é estritamente “técnico”, inexistindo, portanto, problematizações que dêem ênfase à articulação das especialidades, uma vez que a noção de equipe é tomada como algo já dado, uma realidade em si.

Gomes, Pinheiro e Guizardi (2005) observam que, desde a década de 70, as propostas em saúde apontam para a necessidade de constituição de equipes para o desenvolvimento do trabalho em saúde. Todavia, para esses autores, a simples existência da equipe não supera a situação de “disjunção de processos”, de fragmentação, que são flagrantes até hoje nas redes de serviço em saúde.

Na verdade, essa fragmentação se daria em razão dos vários processos de trabalho que as diferentes especialidades engendrariam ao invés de haver um único processo de trabalho de saúde, ou seja, de trabalho coletivo em saúde, o que afetaria diretamente o cotidiano dos serviços e o objeto de sua intervenção.

Para Silva (2002), em pesquisa sobre os centros de referência em DST/AIDS na cidade de São Paulo, há certa unanimidade entre os entrevistados – todos eles técnicos-especialistas – em admitir a importância do desenvolvimento do trabalho em equipe multiprofissional. A AIDS, para alguns, justificaria a necessidade da equipe, uma vez que a doença carrega situações

estigmatizantes que extrapolariam ao processo saúde-doença, conforme é discutido a seguir:

A unanimidade em torno da importância do trabalho multiprofissional nos centros de referência está evidente na percepção pelos entrevistados das particularidades do trabalho de assistência às pessoas com AIDS. Essas particularidades referem-se a padrões de normatividade social, determinadas, no caso da AIDS, pelo fato de tratar-se de uma doença incurável, cujas formas de transmissão estão associadas a temas-tabu, como a sexualidade e o uso de drogas, somado à situação de pobreza das pessoas acometidas por ela (Silva, 2002, p.113).

Uma das curiosidades encontradas nesta pesquisa é a fala de uma técnica que problematiza o processo de organização dos serviços, inclusive no que tange à sua estrutura física, em favor de uma racionalidade médica, evidenciando, deste modo, a hierarquização das profissões.

Ao final de tudo, a pesquisa constatou que, na prática, o trabalho desenvolvido nos centros de referência, mesmo levando em conta a contribuição das diversas especialidades, ainda persiste segmentado, limitante por si mesmo porque é organizado em torno de uma racionalidade médica que não prevê o diálogo nem a interação entre os membros da equipe.

Peduzzi (2001) concebe uma tipologia para as equipes de saúde: a equipe como *agrupamento de agentes*, em que ocorre a justaposição de ações, e a equipe como *integração de trabalhos*, na qual ocorre a articulação das ações e a interação dos agentes.

Nas duas concepções, no entanto, são percebidas questões conflitantes no que tange à valoração do saber de forma desigual e a tensões quanto à independência do desenvolvimento dos trabalhos especializados. Para a autora, a forma de diminuir as situações oriundas do embate entre as profissões seria o diálogo, que é proposto para “*construir consensos pertinentes a cada contexto*” (Peduzzi, 2001, p.107).

Para Ayres (2001) existe a necessidade de uma intersubjetividade entre os próprios membros da equipe, mas também entre eles e os pacientes atendidos, com o objetivo de melhor empreender a prática profissional em saúde. Este autor concorda com Peduzzi e acredita que a comunicação é uma das principais armas que as equipes devem dispor para melhor desenvolverem suas propostas

de práticas em saúde.

Ayres coloca que até hoje as profissões que se envolvem com a questão da saúde continuam enxergando o alvo de suas práticas de uma forma parcelar, desindividualizada, objetificando o indivíduo a partir de sua doença. O autor propõe uma nova forma de lidar com o cuidado, baseado em uma relação dialogada, que valorize a intersubjetividade e que contemple em cada plano terapêutico um projeto de felicidade, conforme é possível notar:

Se transpomos a mesma ideia de cuidado para o plano mais concreto das práticas de saúde, vemos permanecer intacto o seu conteúdo fundamental, o seu significado mais relevante. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos, há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde(...). (Ayres, 2001, p.71).

Mattos (2004) também defende a intersubjetividade como um fator que qualifica as ações em saúde e que estão de acordo com a visão ampliada de integralidade, concordantes com os princípios do SUS. Para o autor, a prevenção e a assistência estão em um mesmo plano de atendimento, são interconexas e devem ser acionadas mediante à avaliação criteriosa da equipe de saúde de acordo com o contexto.

Para Mattos (2004), tais medidas otimizariam as ações em saúde e evitariam que o paciente fosse avaliado tendo como pressuposto somente a queixa que o levou a procurar o serviço. A visão focalizada da queixa desconstruiria a proposta da integralidade, conforme é possível perceber:

A integralidade se manifesta aqui na postura de não aceitar a redução da necessidade de ações e serviços de saúde à necessidade de identificar e dar resposta para a doença que suscita o sofrimento manifesto (e, nesse caso, a procura do serviço de saúde). Isso envolve duas coisas: Uma apreensão ampliada das necessidades do sujeito que englobe tanto ações de assistência como as voltadas para a prevenção de sofrimentos futuros; e uma capacidade de contextualizar adequadamente as ofertas a serem feitas àquele sujeito, de modo a identificar os momentos propícios de tal oferta. (Mattos, 2004, p.1414).

Mattos também advoga a construção de planos terapêuticos

individualizados que emergiriam de uma relação dialogada, e não da ação puramente técnica das várias especialidades e adverte:

“Note-se que não se trata de apreender tudo; não se trata de uma postura holística (Trata-se mais de um exercício de seleção negociada do que é relevante para a construção de um projeto de intervenção, ou melhor, de um projeto terapêutico) capaz de dar oportunamente respostas ao conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde” (Mattos, 2004, p.1415).

Todas essas considerações sobre a equipe de saúde nos ajudam a desenhar melhor o que queremos para o âmbito de nossa prática; elas se propõem a dar a diretriz para o caminho a ser percorrido pelo profissional de saúde que deseja a inteireza de sua prática. Todavia, outras questões, de ordem mais prática, também obstaculizam a prática da saúde de acordo com os pressupostos da integralidade.

Situações como falta de profissionais especializados, baixos salários – que via de regra provocam a evasão de tais profissionais da rede pública –, carga horária reduzida, acúmulo de empregos, falta de atualização e reciclagem e chefias arbitrárias são também fatores externos que dificultam, ou até mesmo impossibilitam, a visão de um projeto único para a saúde.

Além das questões assinaladas, a cultura institucional também é um fator interferente nessa situação: os processos de alteração de rotina, se permitidos ou estimulados, são demorados e demandam a compreensão de todos os envolvidos, exigindo muito cuidado em sua implantação.

Em relação à sorodiscordância, conforme será evidenciado a seguir, as rotinas não estão bem discutidas no nível dos serviços, o que provoca o estabelecimento de condutas equivocadas, e, muitas vezes, de acordo com a valoração pessoal do técnico que está atendendo no momento.

Outro fator interveniente é a educação permanente. O profissional precisa estar alinhado às inovações que acontecem em sua área com o objetivo de sempre transcender em sua prática, oferecendo, por conseguinte, melhores serviços à população que atende.

O conceito de educação permanente parece transcender, e muito, a visão clássica de educação – instrumental em sua gênese – que tem como alvo

principal o repasse de conhecimentos através de métodos e técnicas pedagógicas precisas.

Contudo, a educação permanente (2009), orientação utilizada pelo próprio Ministério da Saúde, reconhece que o conhecimento é construído a partir de uma dada realidade e supõe o envolvimento dos diversos atores em questão; ela supõe ainda a análise do contexto político, constituindo-se em estratégia central para a viabilização de mudanças. Nesse sentido, por incorporar-se ao contexto da prática, a educação permanente é capaz de estimular alterações e/ ou mudanças qualitativas nas relações e processos de trabalho de forma cotidiana.

Como a sorodiscordância é um tema novo, a questão da educação permanente se torna mais relevante ainda, pois existem especificidades que os serviços, de forma geral, ainda desconhecem.

Por fim, é necessário chamar a atenção para as questões acima pontuadas e, com base nelas, esclarecer as duas hipóteses que ajudaram a nortear esta pesquisa. A primeira delas é a de que a cultura institucional interfere diretamente no “fazer profissional”, criando entraves a esta nova proposta de atuação voltada para a integralidade; já a segunda é a de que a educação permanente é capaz de provocar a reorientação das condutas em relação ao paciente.