

COLEÇÃO ABIA

Políticas Públicas

8

Prevenção Positiva: estado da arte

Organizadores

JUAN CARLOS RAXACH, IVIA MAKSUD,
CRISTINA PIMENTA, VERIANO TERTO JR.

Rio de Janeiro, 2009



Copyright by © ABIA, 2009

Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA)

Av. Presidente Vargas, 446 – 13º andar – Centro

Rio de Janeiro – RJ – Brasil – CEP: 20071-907

Telefone: +55 21 22231040 Fax: +55 21 2253-8495

Email: abia@abiains.org.br Site: www.abiains.org.br

Diretoria

Diretor-Presidente: Richard Parker

Diretora Vice-Presidente: Regina Maria Barbosa

Secretário Geral: Kenneth Rochel de Camargo Júnior

Tesoureira: Miriam Ventura

Coordenação Geral: Cristina Pimenta e Veriano Terto Jr.

Organizadores

Revisão Técnica: Ivia Maksud e Juan Carlos Raxach

Coordenação editorial: Cecilia Leal/Conexão Gravata Ltda.

Copydesk e revisão: Fausto Rêgo e Cláudio Oliveira

Diagramação e edição: Conexão Gravata Ltda.

Capa: projeto original de A4 Mãos

Apoio: EED

Impressão: Gráfica Stamppa

Tiragem: 1.000 exemplares

CIP-BRASIL. CATALOGAÇÃO-NA-FONTE
SINDICATO NACIONAL DOS EDITORES DE LIVROS, RJ

P944

Prevenção positiva : estado da arte / organizadores Juan Carlos Raxach... [et al.]. - Rio de Janeiro : ABIA, 2009. -(Coleção ABIA. Políticas públicas ; 8)
Inclui bibliografia

ISBN 978-85-88684-39-3

1. AIDS (Doença) - Brasil - Prevenção. 2. Política de saúde - Brasil. I. Raxach, Juan Carlos, 1961-. II. Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS. III. Série.

09-2053.

CDD: 362.10981

CDU: 614.2(81)

04.05.09

05.05.09

012369

*É permitida a reprodução total ou parcial do texto desta publicação,
desde que citada a fonte e a autoria.*

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| Apresentação | 5 |
| Introdução: <i>O conceito de Prevenção Positiva em Debate</i> | 7 |
| <i>Prevenção Positiva: aspectos clínicos</i> | |
| Nêmora Barcellos | 13 |
| <i>Prevenção Positiva? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade</i> | |
| Vera Paiva | 33 |
| <i>Programa do Seminário "Prevenção Positiva: estado da arte"</i> | 51 |

APRESENTAÇÃO

Atualmente, a prevenção continua sendo a principal ferramenta de enfrentamento da epidemia de AIDS no mundo. Sendo assim, novas tecnologias e estratégias de prevenção precisam ser permanentemente estudadas e colocadas em prática, com o objetivo de ampliar a efetividade dos programas de prevenção, no sentido de que estes possam estar em consonância com as dinâmicas da epidemia e os novos desafios que surgem. Com os resultados efetivos das terapias anti-retrovirais em grupos populacionais cada vez maiores de pessoas soropositivas, estas pessoas acabam por revelar novas necessidades que vão além do tratamento. Uma delas diz respeito ao desenvolvimento de programas de prevenção adequados à vida com HIV/AIDS. É o que, neste caso, vem sendo chamado de *prevenção posithiva*.

A *prevenção posithiva* forma parte destes novos desafios na resposta à AIDS no mundo, e hoje é recomendada para integrar as políticas públicas de prevenção. No entanto, como estratégia que preconiza o envolvimento efetivo das pessoas que vivem com HIV/AIDS na construção de respostas integradas de prevenção e assistência, o conceito *prevenção posithiva* ainda não está consolidado, o que dificulta sua inserção nos programas de prevenção ora existentes. Para alguns, a *prevenção posithiva* se limita apenas a evitar a transmissão do HIV de pessoas soropositivas para outras, principalmente no contexto de casais sorodiscordantes. Já outros a conceituam como uma estratégia de prevenção para pessoas que vivem com HIV/AIDS (PVHA), visando à promoção da saúde, à proteção de outras doenças de transmissão sexual (DST), ao retardamento do progresso da

doença e à adesão ao tratamento anti-retroviral (ARV), à melhoria da qualidade de vida e ao respeito aos direitos humanos das PVHA, incluindo o direito de ter uma vida sexual ativa e saudável.

Com o objetivo de melhor compreender e favorecer o debate sobre o tema, a Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS (ABIA) realizou em outubro de 2007 o seminário “Prevenção Posithiva: estado da arte”. Na abertura do evento, o professor e presidente da ABIA, Richard Parker, enfatizou que, depois de duas décadas de epidemia e com o advento da terapia com anti-retrovirais, o debate público sobre a prevenção e o cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS tornou-se ausente. Este é, portanto, o objetivo das discussões a seguir: resgatar a construção de conhecimento a partir de uma abordagem multidisciplinar para o enfrentamento das necessidades de prevenção das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Nos últimos anos, a abordagem focalizada apenas na prevenção da transmissão do HIV para pessoas soronegativas tornou-se central.

Para estimular o debate na ocasião do evento, foram eleitos três eixos temáticos: *aspectos conceituais*, *aspectos clínicos* e *aspectos sócio-educacionais*. Este número da Coleção ABIA apresenta o debate travado em torno destes três eixos. Desta forma, inicialmente, a publicação resgata, quase na íntegra, a opinião de atores que têm acompanhado e incidido no cenário brasileiro sobre o conceito *prevenção posithiva*. Esta discussão, que caracterizou o primeiro painel do seminário, teve início com as apresentações do professor Kenneth Rochel de Camargo Jr. e da técnica do Programa Nacio-

nal de DST e AIDS do Ministério da Saúde Ângela Donini e foi acrescida de comentários do professor Jorge Beloqui e de um amplo debate com os participantes.

Em seguida, a publicação apresenta dois textos que foram escritos especialmente para o seminário. O primeiro texto — “*Prevenção Posithiva: aspectos clínicos*” — é de autoria da Dra. Nêmora Barcellos (Hospital Sanatório Partenon, Rio Grande do Sul) e foi apresentado no painel sobre aspectos clínicos. Este texto realça a complexidade do tema e convida as Pessoas que Vivem com HIV e AIDS (PVHA), profissionais de saúde, gestores, ONGs e todos aqueles que estão envolvidos com a temática à reflexão. O segundo texto — “*Prevenção posithiva? A abordagem psicossocial, emancipação e vulnerabilidade*” —, de autoria da professora Vera Paiva (IP/NEPAIDS, Universidade de São Paulo-USP), foi apresentado no painel que discutiu os aspectos sócio-educacionais envolvidos no debate sobre a prevenção. Este texto faz uma reflexão crítica sobre a noção de *prevenção posithiva*, questionando de que forma ela pode se apresentar como uma das contribuições para a renovação da política brasileira de combate à AIDS.

Após as contribuições ofertadas pelos participantes (comentaristas e platéia), todos os textos desta publicação foram revisados pelos autores, resultando no material que o leitor tem agora em mãos. Assim, com esta publicação, queremos difundir os conteúdos apresentados durante os dois dias do seminário e contribuir com a divulgação e ampliação do acesso à informação sobre o tema, além de estimular o debate no intuito de colaborar com o aprimoramento das políticas públicas de enfrentamento à epidemia de AIDS no Brasil, em especial aquelas direcionadas às pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Boa leitura!

Veriano Terto Jr.
Cristina Pimenta

Coordenação Geral da ABIA

Juan Carlos Raxach
Ivia Maksud

Coordenação de Projetos da ABIA

INTRODUÇÃO

O CONCEITO DE PREVENÇÃO POSITIVA EM DEBATE

Richard Parker, diretor presidente da ABIA, deu início ao seminário sobre *Prevenção Positiva* enfatizando que depois de duas décadas de epidemia e com o advento da terapia com anti-retrovirais, o debate público sobre a prevenção e o cuidado das pessoas que vivem com HIV/AIDS tornou-se ausente do cenário brasileiro. Este é, portanto, o objetivo das discussões a seguir: a construção de conhecimento a partir de uma abordagem multidisciplinar para o enfrentamento das necessidades de prevenção das pessoas que vivem com HIV/AIDS, em vez de uma abordagem focalizada apenas na prevenção da transmissão do HIV para pessoas soronegativas (abordagem esta que se tornou central nas últimas décadas de epidemia).

O primeiro painel dedicou-se à discussão do conceito de *Prevenção Positiva*, e teve início com as apresentações de Kenneth Camargo Jr. e Ângela Donini, sendo acrescido de comentários de Jorge Beloqui e de um amplo debate com os participantes.

Kenneth Camargo ressaltou que o seminário pode ser visto como um instrumento facilitador para a construção de um conceito brasileiro sobre a *prevenção positiva*, considerando a vulnerabilidade e o cuidado do ponto de vista da integralidade da atenção. Ele apontou que a política de HIV/AIDS no Brasil se caracteriza pela tentativa de integrar a prevenção e a assistência, mas ressaltou que sua origem se baseia numa perspectiva da prevenção de infecção do infectado para o não infectado. Além desta questão, a divisão ou diferenciação tradicional entre a prevenção e a assistência como duas áreas não integradas, que ainda permanece, cria tendências como os programas

verticais dentro do próprio Ministério da Saúde, que, por sua vez, refletem no atendimento do SUS. Kenneth ressaltou que esse é um modelo de visão reducionista que opõe ações de prevenção primária *versus* prevenção secundária – a prevenção da transmissão para o outro e o tratar após a infecção e, fora disso, a visão da integralidade e a perspectiva dos direitos humanos. Kenneth reforçou a necessidade de ações intersetoriais onde as intervenções de prevenção se integram a outras ações de assistência social e cuidado. Um exemplo é que atualmente não há, por parte dos serviços de saúde, comunicação de direitos aos pacientes e informes sobre a possibilidade de acessar outros serviços sociais necessários à sua saúde.

Ângela Donini iniciou sua fala partindo de uma revisão de documentos governamentais e de textos produzidos pela sociedade civil (como textos do Banco de Horas, do Grupo Pela Vidda e da ABIA). Considera que o debate em relação à resposta à epidemia foi muito rico e que, inicialmente, já anunciava pistas e propostas para o desenvolvimento do tema da *prevenção positiva* e do cuidado das pessoas que vivem com HIV. “Manter esse debate é mostrar que algo está efervescendo dentro de nós, permitindo um novo olhar para todos esses questionamentos”.

Para Ângela, o campo da prevenção elaborou uma resposta do ponto de vista de uma redução de vulnerabilidades. No entanto – talvez por um certa anestesia, este marco referencial não se refletiu em práticas que englobam a dimensão da atenção integral às pessoas que vivem com HIV/AIDS. E propiciar esse debate é refletir sobre o nosso cotidiano.

Ângela apontou que o tema da *prevenção positiva* é um desafio, e que vem trabalhando para reformular a dimensão da mensagem de evitação proposta pela prevenção, mencionada nas falas de Richard Parker e Kenneth Camargo.

Ângela debateu as questões colocadas por Kenneth¹ sobre o *hiato* ainda existente entre a prevenção e a assistência ou o cuidado, vistos de forma separada e dentro de uma visão reducionista do modelo biomédico e fora da integralidade das ações e da perspectiva dos direitos humanos. Conforme colocado por Kenneth, atualmente, a prevenção se destina a evitar a infecção e a assistência a tratar após a infecção. Existe a necessidade de ações integradas entre a prevenção, o cuidado e a assistência social. Não existe a comunicação ao paciente das possibilidades de acessar serviços e programas que estão disponíveis de apoio social, alimentação, educação ou trabalho, por exemplo. Ou seja, as necessidades do paciente não são vistas e na maioria das vezes, o profissional nem tem a informação para passar ao paciente. Como promover integração intersetorialmente? Como articular saúde, educação, assistência social e direitos humanos e atender ao quadro de vulnerabilidade programática onde se inserem os sujeitos?

O debate que Kenneth Camargo e Ângela Donini levantam situa-se em torno da conceituação: é importante estabelecer a *prevenção positiva* em um campo híbrido, complexo e inter-relacional, pensando a dinamicidade entre a prevenção e o cuidado como fundamental. Quando falam de cuidado, fica implícito todo o campo da atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS.

A resposta brasileira sempre foi construída em conjunto com a sociedade civil e as pessoas que vivem com HIV/AIDS. A partir da experiência concreta dos sujeitos em suas dinâmicas relacionais é que se pode tirar a resposta no campo da *prevenção positiva* e imprimir a perspectiva da integralidade, da intersetorialidade, da intersubjetividade e da coletividade, para poder avançar na conceituação deste campo. Para Ângela, vemos a necessidade de que esses elementos, de fato, comecem a ser pauta de discussão no campo da resposta em *prevenção*

positiva e que as alianças em relação à tecnologia médica tenham posicionamento ético que reconheça o contexto intersubjetivo.

O avanço tecnológico no campo do tratamento trouxe ganhos e avanços, mas também um lado de não-resposta ou limitação às respostas sociais. A tecnologia médica precisa ter uma resposta ampliada. Que tecnologias sociais, educacionais, de estrutura de serviço e de atenção à subjetividade precisam ser implementadas para que possamos dizer que avançamos em termos tecnológicos, de medicamentos, de monitoramento de exames? O que é preciso de fato para dizer também que avançamos em termos de resposta social, de rede coordenada, em termos de percepção do sujeito, sem esquecer o campo da prevenção?

Segundo Ângela, é preciso olhar para o campo da prevenção do ponto de vista do que está posto em relação à contemporaneidade. Esse movimento global, que traz o consumo de tudo muito rápido, de maneira fácil e interessante, também traz para a prevenção uma certa encruzilhada: como vamos estabelecer posturas frente à vida, se a cada dia as posturas mudam frente àquilo que o consumo nos traz, cada vez mais interessantes, novas e melhores?

A partir desses pressupostos, de que forma vamos estabelecer uma continuidade em termos de posicionamento, de diálogo, de cuidado, no meio deste universo globalizado em que vivemos? Não se devem considerar apenas os aspectos positivos, mas também a dificuldade de manter a postura preventiva. Historicamente, a prevenção se constituiu no campo sócio-comportamental, portanto temos que pensar além das questões biológicas e biomédicas.

Na época da construção da resposta à epidemia, nós estávamos herdando um Brasil voltado para o campo da atenção psicossocial e da subjetividade. O sujeito vai se prevenir a partir de uma tomada de atitude em relação ao comportamento. É como se fosse um adestramento, no sentido de prever antecipadamente e adquirir um comportamento que está longe do seu cotidiano — mas isso já vimos que não funciona, ressaltou Ângela. De que maneira a pessoa vai se prevenir? Para isso é preciso aproximar o

cotidiano do sujeito para pensar nas possibilidades de prevenção e cuidado que fazem ou são vistas como possíveis de fazer parte do seu cotidiano e de suas necessidades e desejos. Como exemplo: questões como orientação nutricional e atividades físicas, se não estiverem diretamente relacionadas à percepção e ao imaginário das necessidades e desejos do cotidiano do indivíduo, passam a não ter sentido e são vistas como um “pacote pronto de necessidades” imposto pelo profissional de saúde e sem relação direta com a vida das pessoas.

Ângela ressalta que a idéia do “comportamental *versus* o que o mundo nos oferece” traz um grande conflito. E este é um ponto fundamental a ser refletido. Para algumas pessoas, algo muito subjetivo parece soar distante. Mas a aproximação ao cotidiano dos sujeitos é fundamental para pensar a resposta.

Uma outra questão levantada foi em relação ao hiato entre prevenção e assistência. Apesar de a prevenção ter um histórico ligado a uma resposta comportamental, ambas, tanto a prevenção quanto o tratamento e a prescrição, são de origem e base biomédica. Na vida diária, temos mais um caminhar entrecortado de fragilidades, angústias, dúvidas e desejos do que uma solidez, uma linearidade, algo que seja previamente definido. Esse paralelismo “do caminhar frágil *versus* o caminhar sólido” seria uma boa metáfora para pensarmos a lógica da prevenção. Toda essa lógica da prática comportamental, de mudanças comportamentais e de auto-ajuda tem algo de rígido, duro e pronto – e raramente é de fácil associação das pessoas ao seu cotidiano.

Neste aspecto, nossas discussões para esse trabalho estão em torno das dimensões de viver com o HIV/AIDS, explorando o núcleo da estigmatização, da vida social e da mobilização de recursos, mostrando que o impacto em relação ao corpóreo, à interatividade social e à tomada de decisões no cotidiano é muito forte.

Se olharmos para os sujeitos de forma massificada, sem perceber a heterogeneidade do ser humano, é impossível conceber um campo conceitual de *prevenção posithiva*. E a prática, evidentemente, vai refletir uma fragilidade em termos de resposta mais complexa. Para Ângela,

a *prevenção posithiva* precisa ser marcada no horizonte das conquistas históricas que o enfrentamento da epidemia trouxe. Marcar pelo campo da diferenciação e não da homogeneização, marcar pela reivindicação do direito, não pela traquinagem da indústria; e pelos direitos sexuais e reprodutivos. É preciso ter um outro olhar para a prevenção que não seja apenas no campo da mudança de comportamento ao de uma estratégia comportamental, e sim, partindo da subjetividade, do social e político e das vulnerabilidades vivenciadas pelas pessoas que vivem com HIV/AIDS.

Uma outra questão que Ângela Donini nos traz e que vem sendo debatida no grupo de trabalho de Prevenção Posithiva do PN-DST/AIDS e tem possibilitado respostas mais convincentes é que se queremos imprimir uma virada em relação à resposta atual, quanto mais complexa e integrada for a relação entre assistência, cuidado e prevenção, na perspectiva dos direitos sexuais, reprodutivos e da perspectiva dos direitos humanos, melhor.

Muitas vezes, costuma-se dizer: *‘tem que ter fisioterapia, atividade física, nutrição etc nos serviços de saúde’*. São fantásticas as organizações em torno disso, mas se conceituramos que *prevenção posithiva* é ter atividade física, nutrição, etc., vamos cair naquele mesmo impasse que é: a pessoa nem sabia que tinha atividade física disponível e para quê? Como? Quando? De que forma a atividade física, a orientação nutricional etc. podem ser incluídas na vida cotidiana das pessoas? Se todos esses pontos abordados não fizerem sentido em torno da necessidade, da vida daquele sujeito, não há resposta, nem pacote pronto, que dê conta de algo que é a manutenção da vida em torno do desejo do sujeito. Temos sido massacrados por essa biopolítica que diz que a vida é o valor maior e que o sujeito não pode decidir sobre sua própria vida.

Além disso, as pessoas precisam ter autonomia para tomar decisões com clareza, conhecimento e atitude em relação aos serviços oferecidos; de como os serviços chegam até as pessoas, quais as expectativas em relação a eles, e mais ainda: considerando as especificidades da sua vida no campo da relação social e íntima.

Olhando diretamente para o exercício cotidiano de um serviço, Ângela observou que nos últimos dois anos não ocorreram grandes mudanças no que diz respeito ao contexto da atenção às pessoas que vivem com HIV/AIDS quando se fala em sexo, relação sexual, preservativo. Como é o fluxo de acesso aos preservativos nos serviços especializados? Como as pessoas dialogam? Esses questionamentos se aplicam também na prevenção global e isso impacta a prevenção que estamos chamando de *positiva*. O diálogo sobre sexualidade, que de um modo geral tem sido massacrado na prática, ainda é bastante limitado.

Para encerrar, uma reflexão sobre o reducionismo da concepção biomédica, repensando tudo aquilo que chamamos de Saúde, para se assemelhar com a subjetividade, fugindo do que se caracteriza como modelo pronto, previamente estruturado e que se encaixa a partir dos encontros: encontro do sujeito com a soropositividade, encontro desse sujeito no campo social em que vive. Não fugir do mundo, mas fugir de uma saúde massificada e se aproximar daquilo que é a identificação de vulnerabilidades para a resposta.

Desde 1996 o PN-DST/AIDS está colocando em pauta a redução de vulnerabilidades no cenário da resposta à epidemia. Não encontramos facilmente experiências documentadas em que o marco da vulnerabilidade tenha focado a resposta no campo da assistência e do tratamento. Nesse sentido, fica aí implícita a idéia de tratamento a partir do reducionismo biomédico *versus* a atenção e o cuidado a partir do paciente como sujeito de um contexto social. Resgatando uma discussão de Joel Birman, num seminário ocorrido em 2000, no Rio de Janeiro, em que ele dizia:

“Suponho que devemos retomar, a partir da instigação da AIDS, um modelo de clínica voltado para a idéia de cuidado e não para a dos imperativos: temos de acolher o sofrimento das pessoas, escutá-las e inventar com elas destinos para aqueles sofrimentos que estariam, segundo os vejo, muito mais próximos de uma experiência ética ou estética do que de qualquer pretensão científica ou cognitiva. Instruídos pela AIDS ou por todo o processo do qual ela é um coroamento, vemo-nos frente à imprescindível necessidade de mudança dos modelos

de clínica e de subjetividade, cujas fileiras precisamos engrossar concretamente. Há todo um modelo outro de clinica, em que o ético e o estético se vinculam a determinados projetos de ordem política ou comunitária”.

Para Ângela, se marcarmos a resposta do ponto de vista comunitário e político, a *prevenção positiva* pode deixar de ser um lugar de ação comportamental, uma estratégia em saúde, para ser de fato um posicionamento de ordem intersubjetiva, interdisciplinar e com potencial de incidência política.

Para Jorge Beloqui, o conceito ampliado de *prevenção positiva*, difundido pelo Ministério da Saúde, seria a promoção da saúde para pessoas com HIV ou da assistência de outros cuidados para pessoas com HIV. No entanto ele destaca que há um risco muito sério de perder o foco, pois o sumiço de uma noção anterior (que seria a prevenção para as pessoas soronegativas e a reinfecção pelo HIV e outras DSTs) evidencia a nossa dificuldade de abordá-la e discuti-la. No Brasil, há duas sentenças judiciais: uma mulher no estado de São Paulo (condenada por transmissão intencional de doença grave) e um motorista que havia feito sexo sem preservativo com sua amante, e foi condenado, na primeira instância, por tentativa de homicídio. Na segunda instância, os dois voltaram a ficar juntos, ela se arrependeu de tê-lo denunciado, mas a ação penal por homicídio não pode voltar atrás, pois este é considerado crime doloso, ou seja, com intenção de matar, o que é considerado muito sério e agrava muito a pena.

Quando há uma pessoa com HIV processando outra com HIV porque lhe transmitiu o vírus, Jorge questiona em qual das partes está o direito da pessoa com HIV. Por isso chama atenção para a importância da responsabilidade compartilhada da prevenção, norteando que as pessoas devem se precaver e estimulando sua autonomia. Porém nas sentenças judiciais este ponto não fica tão claro. Os juízes (e o júri) dizem que não cabe a responsabilidade mesmo para adultos que consentem. A responsabilidade maior, única, cabe à pessoa com HIV, que pode ser condenada por tentativa de homicídio doloso. No caso citado, poderia ter se configu-

rado uma figura judiciária mais simples. Por exemplo, transmissão involuntária, e não tentativa de homicídio, colocando toda a responsabilidade naquela pessoa que sabia ter HIV. Isso tem conseqüências muito grandes na concepção da autonomia da prevenção.

Dentro do grupo de *prevenção posithiva* do Ministério da Saúde, Jorge destaca como pontos complexos e que precisam de discussão a tramitação da busca ativa e a normatização da informação — e, inclusive, diretrizes do CDC que dizem que o médico deve insistir para que a pessoa fale com seus parceiros que tem HIV, resultando numa verbalização compulsória. Jorge mencionou que mesmo em encontros de pessoas com HIV é difícil colocar este tema na pauta.

Jorge acha que, para pensar *prevenção posithiva*, é necessário pesquisar, antes de mais nada, quais são as condutas que as pessoas com HIV tomam em seus relacionamentos sexuais, principalmente com outras pessoas, seja com seus parceiros fixos, seja no caso de casais sorodiscordantes, sejam parceiros eventuais, anônimos, enfim, em vários e diversos contextos que possa haver. Nesse sentido, sugere a realização de pesquisas.

Inclusive quando se fala de responsabilidade social das pessoas com HIV, Jorge preocupase, pois este termo vem sendo utilizado no contexto de empresas com fins lucrativos, e, neste sentido, a responsabilidade social acaba sendo simplesmente acessória, uma coisa que pode ou não ser feita. Jorge questiona os significados embutidos na noção de “responsabilidade compartilhada”. O que significa? Dar um preservativo para o outro é suficiente? Ou significa simplesmente verbalizar a situação? Como se colocam as questões relativas a discriminação, rejeição e outras? Jorge ressaltou que a verbalização não significa uma prática sexual mais segura. A responsabilidade social não existe no vácuo. Ou seja, o estigma sobre as pessoas com HIV e sobre os grupos vulneráveis, ou até mesmo a oposição religiosa ao uso do preservativo, são fatos que devem ser levados em conta para as propostas de prevenção. Essa responsabilidade social não é muito bem evidenciada, porque a pessoa pode ser católica e não vai usar preservativo

porque sua religião a impede. Da mesma forma não fica bem clara qual a responsabilidade do parceiro de uma pessoa soropositiva que revela seu status sorológico.

Jorge menciona outros exemplos, inclusive fora do Brasil. Na Inglaterra, pessoas foram condenadas por comportamento negligente; no Reino Unido, uma pessoa da África do Sul foi condenada sem saber que tinha HIV. Os juízes decidiram que ele deveria ter se testado porque tivera uma DST na África do Sul. Portanto era culpado pela transmissão do HIV. Outra pessoa, num casal em que se havia combinado a abolição do preservativo, foi condenada. O consentimento da mulher não foi válido porque o parceiro não tinha falado que tinha HIV. Considerando as discussões sobre ética e pesquisa, pode-se pensar em consentimento informado. Muitos outros casos são parecidos, e Jorge chama atenção que, mesmo nos casos onde não se sabe ser HIV positivo, é possível ser condenado.

Estas questões, debatidas no primeiro painel do seminário, revelam a complexidade do tema e colocam vários desafios para o campo da prevenção e da assistência.

NOTAS

¹Os direitos humanos devem estar em interatividade e ser um marco fundamental para não cairmos no reducionismo de que o campo da *prevenção posithiva* deve ser dirigido apenas para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, ou então no equívoco de que a responsabilidade de não transmitir o vírus é das pessoas que vivem com HIV/AIDS.



PREVENÇÃO POSITHIVA: ASPECTOS CLÍNICOS

Nêmora Tregnago Barcellos*

Dados nacionais recentes mostram um número acumulado de 474.273 casos de AIDS notificados ao Ministério da Saúde até o final de junho de 2007, sendo 32.628 novos no último ano (2006). O número de pacientes em uso de anti-retrovirais totaliza 180.000, sendo que as últimas estimativas em termos de número de portadores de HIV no país mostravam 593.787 casos e uma prevalência de 0,61% de portadores do HIV na população geral do país (Ministério da Saúde, 2007; Swarcwald e De Souza, 2006).

Em relação à infecção pelo HIV, vírus que se transmite através de relações sexuais desprotegidas, da mãe soropositiva para seu bebê (na gestação, no parto ou na amamentação), através do compartilhamento de seringas e agulhas no uso de drogas injetáveis e na transfusão de sangue de uma pessoa para outra, envolvendo sempre duas pessoas em algum tipo de relação social, historicamente, a maior parte dos esforços de prevenção, tanto em termos de pesquisa quanto em termos de prática, tem como alvo a população em geral, muito mais propensa a não ser portadora do HIV.

Por muito boas razões, cientistas que estudam as formas de prevenção do HIV, diretores de programas e pessoas que desenvolvem políticas de saúde sempre se mostraram ambivalentes sobre a questão de focar pessoas que vivem com

HIV, em estratégias e atividades de prevenção, principalmente em função do estigma, da discriminação e da culpabilidade que ainda existem em relação à doença e a seus portadores – que muitas vezes, por fazerem parte de populações já excluídas, como os travestis, usuários de drogas, profissionais do sexo e moradores de rua, sobrepõem estigmas e motivos de discriminação.

Antes do advento dos anti-retrovirais, existiam poucas razões para discutir individualmente, com pessoas que viviam com HIV, detalhes sobre sua vulnerabilidade específica e os benefícios da própria proteção inclusive contra a reinfeção (Auerbach, 2004).

O surgimento do tratamento anti-retroviral combinado e o estudo da etiopatogenia da infecção ampliam o conhecimento da história natural da doença e do comportamento do vírus dentro do organismo humano e, associados ao conhecimento mais profundo dos efeitos dos anti-retrovirais sobre o organismo, quando usados por longos períodos de tempo, põem à mostra um outro espectro de vulnerabilidades e apontam para a necessidade de proteção das pessoas que vivem com HIV também contra a evolução da doença, as co-infecções, as patologias associadas que são mais frequentes em indivíduos portadores do HIV, os efeitos adversos dos medicamentos, a falha terapêutica e tam-

bém contra as reinfecções/superinfecções pelo próprio HIV. As pessoas que vivem com HIV passam a fazer parte de um processo complexo que inclui a necessidade do autocuidado associada à responsabilidade compartilhada para evitar a transmissão da infecção a outras pessoas.

O processo compartilhado no nível do indivíduo que vive com HIV e de seus parceiros sexuais ou de rodas de uso de drogas (quer vivam ou não com HIV) deve se desenvolver paralelamente àquele no qual gestores que desenham e executam políticas públicas de saúde buscam meios de prover suporte social e de serviços que não estigmatizem pessoas que sabem que vivem com HIV e, principalmente, que respondam às necessidades específicas destes usuários, assumindo seu papel na composição da responsabilidade coletiva em relação à epidemia (Marks, Burris *et al.*, 1999).

Isto não significa apenas desenvolver estratégias de prevenção a serem aplicadas por clínicos que prestam assistência a pessoas portadoras do HIV, mas promover o “*marketing social*” e intervenções institucionais que tenham como alvo os portadores do HIV, bem como a população em geral, para a consolidação de modelos avançados de prevenção ao HIV relacionados com a transmissão e a aquisição do HIV e com o manejo global de uma vulnerabilidade que é dinâmica (Auerbach, 2004).

A mudança do foco de prevenção dos indivíduos soronegativos para os soropositivos, isoladamente, ou seja, limitar o entendimento da *Prevenção Positiva* a estratégias que promovam a prática de sexo seguro por portadores do HIV, tira de foco a responsabilidade coletiva, ou seja, a necessidade universal de prevenção, retrocede nas questões de grupos de risco e parece esquecer que muitas pessoas que vivem com HIV ainda desconhecem seu estado sorológico (aproximadamente 65% do total de portadores do HIV, segundo D. Barreira, em comunicação pessoal a J. Beloqui) (Beloqui, 2004).

Por outro lado, diversos estudos mostram que a prevalência de comportamentos sexuais com risco de transmissão do HIV é reduzida substancialmente após o conhecimento da infecção (Marks, Crepaz *et al.*, 2005).

Intervenções baseadas na proposta ampliada de *Prevenção Positiva*, na sua visão como uma estratégia de intervenção que combina proteção da saúde pessoal com o cuidado em relação à não-transmissão do HIV, paralelamente a intervenções dirigidas à não-aquisição da infecção pelo HIV, são as mais recomendadas (tanto para a população em geral, que inclui portadores do HIV que desconhecem seu estado sorológico, quanto para pessoas que vivem com HIV).

O enfoque exclusivo sobre a transmissão viral a partir unicamente dos indivíduos que vivem com HIV é, no mínimo, muito limitado na sua efetividade — se não, na maioria das situações, perverso.

A *Prevenção Positiva*, vista como uma estratégia de saúde individual e coletiva, enfatiza o direito de portadores do HIV a uma vida sexual saudável, acesso a estratégias de proteção de sua saúde sexual, como prevenção e tratamento das outras doenças sexualmente transmissíveis (DSTs), e a manutenção de boas condições de saúde geral, com o uso de anti-retrovirais, acesso a vacinas, prevenção e tratamento de infecções oportunistas, quando indicados, exames laboratoriais de controle e monitoramento da infecção pelo HIV e dos efeitos adversos de medicamentos, além de prevenção ou diagnóstico precoce de outras doenças associadas. Em outras palavras, ao mesmo tempo em que procura evitar a transmissão do HIV, mantém os direitos à saúde e ao sexo seguro.

As vantagens desta abordagem integral são ratificadas por um estudo de meta-análise realizado com ensaios controlados e intervenções baseadas na teoria comportamental, desenhada para mudar o risco de transmissão do HIV especificamente. As intervenções foram realizadas individualmente e de forma intensiva por pessoas que prestam assistência ou aconselha-dores, em locais onde pessoas que vivem com o HIV recebem assistência médica de rotina, promovendo a construção de capacidades, e a partir da abordagem de diversos assuntos relacionados a saúde mental, adesão aos medicamentos e “comportamentos de risco”. O resultado

mostrou significativa redução da exposição ao risco sexual (Crepaz, Lyles *et al.*, 2006).

Ainda neste cenário, vale a pena apontar algumas questões bastante significativas.

Primeiro, muitos dos portadores do HIV não conhecem seu estado sorológico e se sentem, neste contexto, livres de responsabilidade. Segundo, porque o período de maior transmissibilidade, na história natural da infecção pelo HIV, ocorre logo após o contato com o HIV, durante a fase aguda de doença, na qual as cargas virais atingem níveis muito altos, tanto no sangue periférico quanto no sêmen, e quando a maioria das pessoas desconhece sua infecção e os testes de rotina ainda não são capazes de detectar os anticorpos anti-HIV. Terceiro, porque também vale a pena lembrar que, indivíduos portadores do HIV em uso de anti-retrovirais e que apresentam cargas virais indetectáveis transmitem a infecção pelo HIV, mas menos que indivíduos não tratados (Quinn, Wawer *et al.*, 2000; Castilla, Del Romero *et al.*, 2005).

A *Prevenção Positiva*, dentro de uma concepção mais abrangente, abre espaço para a sistematização de dados e informações que são fundamentais na manutenção de uma vida de qualidade, com o menor número de complicações clínicas relacionadas à infecção pelo HIV e com o uso de medicamentos anti-retrovirais, fatores determinantes para a boa adesão à terapêutica e para o sucesso do tratamento.

Longos períodos de vida com HIV e o uso prolongado de medicamentos vêm mostrando um número crescente de efeitos da infecção sobre o organismo humano, bem como um número cada vez maior de efeitos adversos secundários aos anti-retrovirais.

Do ponto de vista clínico, a *Prevenção Positiva* vem para alertar a população que vive com HIV e a comunidade dos profissionais ligados à saúde que a assistência aos portadores do HIV é bastante complexa e deve levar em conta todo o espectro de particularidades da infecção, partindo do estímulo à proteção e prevenção de reinfecções com cepas diferentes do HIV, da infecção por outros agentes sexualmente transmissíveis, passando pela importância da adesão à terapêutica, pela adoção de hábitos de

vida mais saudáveis (suspensão do tabagismo, controle da ingestão de álcool, alimentação equilibrada, prática de exercícios físicos), pelo recebimento das imunizações indicadas em cada caso, pela realização de revisões laboratoriais sistemáticas, chegando ao *screening* periódico de outras doenças associadas, como é o caso do câncer cervical invasivo em mulheres e seu correspondente, o carcinoma anal em homens, e do câncer de próstata.

A assistência deve funcionar integrada à prevenção. E também é preciso fazer com que oportunidades de discutir questões relacionadas com prevenção não sejam perdidas ao longo do período em que portadores do HIV são acompanhados fundamentalmente por profissionais médicos que nem sempre se envolvem com assuntos que não digam respeito ao “vírus”. Para isto é importante que a *Prevenção Positiva* seja incorporada à rotina de assistência e que se inicie um processo de sensibilização (convencimento e capacitação das equipes de saúde), incluindo os profissionais médicos.

Sem o objetivo de esgotar assunto tão complexo, mas para abrir caminhos de reflexão às pessoas que vivem com HIV e aos profissionais de saúde que os assistem, através da visão clínica, alguns aspectos tradicionais e outros menos clássicos do cuidado devido às pessoas que vivem com HIV serão abordados a seguir, à luz de uma estratégia de *Prevenção Positiva* para a redução da sua vulnerabilidade, principalmente em relação à própria infecção, suas particularidades e conseqüências, incluindo particularidades e conseqüências de seu tratamento.

1 TESTAGEM PRECOCE

Com o devido respeito ao princípio de que a decisão de realizar um teste diagnóstico para a infecção pelo HIV é um direito absoluto do indivíduo, que o reconhecimento da vulnerabilidade depende de múltiplos fatores sócio-culturais e psicológicos, ocorrendo de forma diferenciada para cada indivíduo, a prática clínica

tem demonstrado que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV tem múltiplas vantagens, tanto em relação à adaptação e à resposta ao tratamento da infecção quanto em relação ao prognóstico da doença.

A literatura existente em relação às vantagens do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV é ainda muito escassa, mas diversos estudos mostram que, mesmo após mais de 25 anos de epidemia, o número de diagnósticos tardios de infecção pelo HIV ainda é muito grande. Um estudo realizado na Bahia (Sa, Sampaio *et al.*, 2007) com 397 portadores do HIV mostrou que os principais motivos para a realização do teste foram a presença de sintomas e o fato de ter um parceiro portador do HIV. A procura espontânea de teste, que poderia denotar a percepção da exposição ao HIV, ocorreu em apenas 7% dos casos estudados, sugerindo que a procura por acompanhamento tende a ser realizada apenas em estágios em que os sintomas clínicos já estão presentes. Neste mesmo estudo, 44,7% dos pacientes tinham um CD4 inferior a 200/mm³ no momento do diagnóstico, 27% entre 200 e 399, 17% entre 400 e 599, 9,5% entre 600 e 999 e apenas 1,4% acima de 1.000.

Para profissionais da área da saúde, entretanto, fica muito clara a importância do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV, na medida em que muitas questões ficam facilitadas, como, por exemplo:

- há tempo para a elaboração do significado da infecção pelo HIV na vida de cada indivíduo;
- há tempo e condições para entender o processo de acompanhamento clínico com as rotinas de exames, a frequência das consultas médicas, o significado dos exames de monitoramento, os cuidados necessários etc.
- há tempo para elaborar a necessidade futura do uso de antirretrovirais combinados que podem provocar efeitos adversos importantes, como a toxicidade mitocondrial, as dislipidemias e as lipodistrofias;
- há tempo para consultas de adesão à terapia, sejam individuais ou em grupo.

No caso do diagnóstico tardio, uma série de fatores se soma ao impacto da notícia da infecção, que, na maioria destes casos, ocorre já na presença de sintomas constitucionais, como febre, perda do apetite, diarreia, emagrecimento etc, ou mesmo com sinais e sintomas de infecções oportunistas. Entre esses fatores podemos citar:

- a presença de doenças oportunistas que podem necessitar de hospitalização e tratamento intensivo com medicamentos que complicam ou protelam o início dos anti-retrovirais;
- a necessidade do uso de medicamentos que previnem infecções oportunistas, como a pneumonia por *Pneumocystis jirovecci*, com drogas que se somam aos medicamentos anti-retrovirais, potencializando a possibilidade de ocorrência de efeitos adversos;
- o diagnóstico de uma infecção oportunista após o início dos anti-retrovirais, caracterizando um quadro de Síndrome Inflamatória de Reconstituição Imunológica (IRIS, em inglês), resultado da recuperação qualitativa e quantitativa das respostas celulares e humorais a vários patógenos oportunistas, como o *M. tuberculosis*, outras microbacterias atípicas, o citomegalovírus, os vírus das hepatites B e C e a *C albicans*, entre outros;
- os anti-retrovirais iniciados dentro de um quadro de imunodepressão avançada, cujos principais sintomas e sinais listados anteriormente podem dificultar a interpretação dos paraefeitos mais comuns dos anti-retrovirais;
- os anti-retrovirais são iniciados em um contexto clínico de maior vulnerabilidade aos efeitos adversos dos medicamentos e de menor tolerância a estes efeitos adversos;
- alguns efeitos provocados pela infecção prolongada e sem tratamento, como a anemia e a leucopenia, podem impedir o uso de alguns dos anti-retrovirais mais conhecidos de primeira linha (como o AZT);

- o tratamento de algumas infecções oportunistas dificulta a escolha dos anti-retrovirais, como é o caso da tuberculose;
- a recuperação imunológica costuma ser mais lenta em pacientes que antes do início do tratamento atingiram níveis muito baixos de Linfócitos TCD4+ (Chaisson, Keruly *et al.*, 2000);
- a intradermoreação com o PPD, para identificação do contato com tuberculose, fica comprometida na maioria das vezes, quando o CD4 é menor que 200/mm³;
- as imunizações indicadas para PVH têm possibilidade reduzida de provocar anticorpo-gênese efetiva e, portanto, devem ser adiadas para quando o CD4 for maior que 200/mm³;
- no caso de co-infecção com os vírus das hepatites B e C, o tratamento das hepatites deve ser protelado até que o quadro da infecção pelo HIV esteja estabilizado e com CD4 acima de 200/mm³.

2

PREVENÇÃO POSITIVA COMO PRÁTICA DE NÃO REINFECÇÃO E COMO PROTEÇÃO CONTRA A SOMA DE INFECÇÕES POR OUTROS AGENTES, COMO OS AGENTES CAUSADORES DE OUTRAS DSTs

Assim como o termo prevenção diz respeito à utilização de estratégias que evitem a aquisição de doenças transmissíveis e, dentro de nosso contexto, doenças que se transmitem pelo sangue ou através de relações sexuais desprotegidas entre pessoas que vivem com o HIV, a situação se torna mais complexa e mais delicada uma vez que a reinfecção com diferentes cepas do HIV e a co-infecção com alguns patógenos podem agravar o quadro de infecção pelo HIV e acelerar a progressão da doença.

REINFECÇÃO/SUPERINFECÇÃO

A reinfecção, também conhecida como superinfecção, seria o contato e a infecção por uma

cepa viral distinta por indivíduos previamente portadores do HIV, ou seja, uma segunda infecção após a soroconversão. Mais recentemente, o termo infecção dupla (*dual infection*) tem sido utilizado para descrever casos de superinfecção precoce, que ocorrem antes mesmo da soroconversão (Kozaczynska, Cornelissen *et al.*, 2007).

Superinfecções com outros tipos de vírus, como o herpes simples, o herpes zoster, o Citomegalovírus, o Ebstein-Barr vírus, os vírus da hepatite B e da hepatite C, o HTLV e mesmo com o HIV1 e o HIV2 já foram descritas na literatura (Roest, Carman *et al.*, 2004; Roest, Maertzdorf *et al.*, 2006; Bale, Petheram *et al.*, 1996; Quinlivan e Breuer, 2006; Blackard e Sherman, 2007; Cot, Poulain *et al.*, 1988; Kao, Chen *et al.*, 2001; Beyari, Hodgson *et al.*, 2003; Drew, Sweet *et al.*, 1984; Spector, Hirata *et al.*, 1984; Caterino-De-Araujo, Favero *et al.*, 2000; Van Baarle, Hovenkamp *et al.*, 1999; Evans, Moreau *et al.*, 1988).

A principal característica do HIV é sua grande diversidade genética, resultado da “tendência ao erro” que acompanha a transcriptase reversa (TR), assim como a alta taxa de replicação viral (Evans, Moreau *et al.*, 1988).

Um estudo feito com 78 indivíduos recentemente infectados e acompanhados pelo período de um ano, em San Diego, na Califórnia (Smith, Wong *et al.*, 2004) mostrou, naquela população, uma incidência de 5% (IC 1,7-13,3) de superinfecção.

Significado clínico de uma reinfecção/superinfecção – a reinfecção é, necessariamente, o primeiro passo para a recombinação viral (Blackard, Cohen *et al.*, 2002).

Do ponto de vista teórico (e, possivelmente, prático também), a recombinação viral pode ocorrer entre vírus do mesmo ou de diferentes subtipos e produzir vírus mais agressivos, resistentes às drogas, ou vírus com tropismo celular alterado. Vírus recombinantes e superinfecções podem acelerar a progressão da doença e aumentar a probabilidade de transmissão viral pelo aumento da carga viral no sangue e no trato genital. Na recombinação, durante o processo de transcrição reversa (cópia) que o vírus sofre em seguida à sua entrada na célula e ao início

do seu ciclo replicativo, a transcriptase reversa, enzima responsável pela transcrição do RNA viral, passa de uma matriz de RNA para outra e assim produz uma resultante que é uma combinação dos vírus originais.

Em indivíduos infectados, a superinfecção pode ser evidenciada pela identificação de duas ou mais seqüências genéticas distintas e características de diferentes subtipos virais na mesma pessoa.

Recombinações entre diferentes subtipos e mesmo entre diferentes grupos virais já foram descritas e estudos mostram que, em alguns países, as formas recombinantes são responsáveis por mais de 20% dos casos (Neilson, John *et al.*, 1999), dado que deve ainda aumentar à medida que são analisados maiores números de seqüências virais.

No estudo realizado em San Diego, e descrito anteriormente, dos três casos de reinfecção identificados, dois indivíduos haviam sido contaminados inicialmente por cepas já resistentes a alguns anti-retrovirais e adquiriram na segunda infecção um vírus selvagem (que não havia entrado em contato prévio com drogas anti-retrovirais), enquanto o terceiro, inicialmente portador de um vírus selvagem, reinfecou-se com uma cepa já resistente. Em cada um dos três casos relatados, o vírus superinfecante era mais adaptado e agressivo que os iniciais, uma vez que nos três casos a reinfecção foi acompanhada de aumento da carga viral e redução dos níveis de linfócitos TCD4+.

OUTRAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS E HIV

Indivíduos portadores de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) apresentam entre 2 a 5 vezes mais risco de adquirir o HIV quando comparados a outros não portadores de DSTs, principalmente as ulcerativas, se forem expostos ao HIV por contato sexual desprotegido. Por outro lado, indivíduos com testes positivos para o HIV e que também são portadores de outras DSTs também são mais capazes de transmitir o HIV pelo contato sexual quando comparados a portadores do HIV sem outras DSTs associadas (Fleming e Wasserheit, 1999; Wasserheit, 1992).

O risco aumentado se deve:

1. A um aumento da suscetibilidade, uma vez que as DSTs ulcerativas (como a sífilis e o herpes) apresentam uma interrupção da mucosa e, portanto, uma porta aberta ao HIV, enquanto as DSTs não-ulcerativas (como a clamídia, a gonorréia e a tricomoníase), pela reposta inflamatória, aumentam a concentração de células (como os Linfócitos TCD4+) nas secreções genitais, que servem de alvo para o HIV;
2. A um aumento da infectividade, uma vez que alguns estudos mostram que portadores do HIV associado a outras DSTs têm uma quantidade aumentada do HIV na secreção genital (chegando a dez vezes, na gonorréia, a quantidade apresentada por portadores do HIV sem gonorréia).

O tratamento das DSTs, em contrapartida, reduz a transmissibilidade do HIV.

ALGUNS CASOS ESPECIAIS:

Co-infecção Sífilis/HIV

O diagnóstico da sífilis em portadores do HIV é feito pela presença de lesões características, no caso da sífilis primária e secundária, ou pela realização eventual de exames sorológicos (VDRL e FTA-ABS/TP-PA).¹ As manifestações da sífilis no portador do HIV, bem como seu diagnóstico e tratamento, não são muito diferentes entre indivíduos infectados e não infectados pelo HIV. A preocupação maior é pela possibilidade da incidência aumentada de neuro-sífilis. O diagnóstico de neuro-sífilis, em caso de suspeita, é feito pelo exame do líquido céfalo-raquidiano (LCR). Em casos positivos, o exame revela aumento de leucócitos, aumento de proteínas e VDRL positivo. O VDRL, no LCR, é específico, mas pouco sensível, enquanto o FTA-ABS é sensível, mas pouco específico. No caso de dúvida, deve-se optar pelo tratamento.

A recomendação no acompanhamento de portadores do HIV sexualmente ativos é realizar testes de VDRL anualmente e confirmação com FTA-ABS ou TP-PA naqueles com VDRL positivo.²

A questão da sífilis torna-se ainda mais importante entre gestantes portadoras do HIV, pois a sífilis durante a gestação, se não diagnosticada e tratada, pode ser transmitida para o feto, que, por sua vez, pode desenvolver um quadro de sífilis congênita

Co-infecção HPV/HIV

A infecção pelo Papiloma Vírus Humano (HPV, em inglês) é usualmente transmitida por via sexual e relativamente comum entre adultos sexualmente ativos. A maioria dos adultos, em alguma fase da vida, contrairá a infecção, embora muitos sequer saberão desta infecção, quer por ser, muitas vezes, assintomática, quer porque ocorreu a resolução espontânea da infecção.

Não existe recomendação de testagem para diagnosticar a infecção em parceiros sexuais, uma vez que, embora transmitida entre parceiros, pode ter, como foi dito anteriormente, resolução espontânea.

As verrugas genitais (também conhecidas como condilomas) são causadas por tipos específicos de HPV, diferentes daqueles relacionados com câncer cervical ou anogenital. Algumas pessoas infectadas com HPV capaz de causar verrugas nunca desenvolvem sintomas, enquanto outras desenvolvem lesões verrucosas, embora o mecanismo responsável pelos diferentes tipos de resposta não seja totalmente conhecido. A imunidade individual, provavelmente, desempenha papel importante nesta resposta.

A história natural das verrugas genitais é usualmente benigna, embora a recorrência das lesões seja freqüente. O tratamento dos condilomas é capaz de reduzir a infecção, mas ainda não está claro se esta redução tem impacto sobre a transmissibilidade da infecção para o parceiro.

O uso de preservativos reduz o risco de doenças associadas ao HPV (tanto as verrugas genitais quanto as neoplasias cervicais) e promove certa regressão de lesões neoplásicas intraepiteliais (Hogewoning, Bleeker *et al.*, 2003), mas a infecção pelo HPV pode ocorrer em áreas não protegidas pelos preservativos, como o escroto, a vulva e o períneo (Evans, Moreau *et al.*, 1988).

A presença de verrugas genitais não é indicação de testes para HPV, alteração da freqüência dos exames de Papanicolau ou de colposcopia cervical.

Não existem dados sugerindo que o tratamento das verrugas genitais deva ser diferente no contexto da infecção pelo HIV. Entretanto pessoas imunodeprimidas, em função da infecção pelo HIV ou por outras razões, podem apresentar verrugas mais extensas e em maior número, responder menos à terapêutica e apresentar recorrência mais freqüentemente após o tratamento (De Panfilis, Melzani *et al.*, 2002; Silverberg, Ahdieh *et al.*, 2002). Carcinomas de células escamosas desenvolvendo-se a partir de verrugas genitais ou mimetizando-as podem ocorrer mais freqüentemente em pessoas imunodeprimidas. Neste caso, o diagnóstico deve ser confirmado através de biópsia e estudo histopatológico das lesões.

Os testes de *screening* de lesões escamosas intraepiteliais (*squamous intraepithelial lesions* – SIL) por citologia anal são recomendados por certos especialistas na população de homens que fazem sexo com homens, uma vez que a incidência de câncer anal é maior nesta população.

Parceiras femininas de homens portadores de carcinoma de células escamosas apresentam alto risco de anormalidade cervical.

Co-infecção com HBV e/ou HCV

Portadores do HIV co-infectados com o HBV e/ou com o HCV apresentam um risco aumentado de cirrose, doença hepática avançada, carcinoma hepato-celular e óbito por doença hepática, principalmente nos casos de infecção avançada pelo HIV (contagem de células TCD4+ baixa).

Co-infecção HBV/HIV

Todas as pessoas que vivem com o HIV devem realizar testes sorológicos para a hepatite B e receber a vacina quando indicado (ausência de evidências de exposição prévia). Como será discutido mais adiante neste texto, a vacinação deve ser precoce, em função da resposta imunitária reduzida em pessoas com contagem de células TCD4+ muito baixas (Glesby, 1998).

A exposição ao HBV deve ser evitada durante o período de vacinação, uma vez que a infecção pelo HBV coincidente com a vacinação foi associada a um índice maior de desenvolvimento de hepatite B crônica (Hadler, Judson *et al.*, 1991).

Portadores da co-infecção HBV/HBV devem ser avaliados e tratados da mesma forma que os portadores da hepatite B em mono-infecção. O objetivo deve ser a supressão da replicação viral e a melhora da doença hepática. Considerando que entre as medicações utilizadas para o tratamento da co-infecção estão alguns inibidores nucleosídeos da transcriptase reversa (ITRN), como a lamivudina e o tenofovir, é importante o uso criterioso destes medicamentos para que se evite o desenvolvimento de resistência a eles pelo HIV. O diagnóstico, a avaliação e o tratamento da co-infecção HBV/HIV atualizados e detalhados podem ser encontrados no texto das recomendações de uso de anti-retrovirais em adolescentes e adultos do Ministério da Saúde do Brasil (<http://www.aids.gov.br>).

Co-infecção HCV/HIV

Em relação à infecção pelo HCV, sua transmissão principal ocorre através da exposição direta a sangue (ou seus derivados) contaminado. As taxas de transmissão vertical ou perinatal são baixas (embora aumentadas na vigência da coinfeção com o HIV). A transmissão sexual é ineficiente e o risco exato relacionado às diferentes práticas sexuais é desconhecido, embora exista uma tendência de crescimento no reconhecimento de casos de hepatite C aguda associada à prática de sexo desprotegido entre homens que fazem sexo com homens (HSH) (Gotz, Van Doornum *et al.*, 2005). Embora não exista vacina contra a hepatite C, entre portadores do HIV o conhecimento das formas de transmissão e a prática de sexo seguro são capazes de reduzir a incidência de hepatite C aguda.

Finalmente, entre portadores de co-infecção HBV/HIV ou HCV, é importante o aconselhamento sobre as formas de transmissão dos vírus da hepatite, a suspensão do consumo de álcool e a limitação da exposição a outros agentes hepatotóxicos (por exemplo, o acetaminofen).

O diagnóstico, a avaliação e o tratamento atualizados da co-infecção HCV/HIV, a exemplo da co-infecção HBV/HIV, podem ser encontrados no texto das recomendações de uso de anti-retrovirais em adolescentes e adultos do Ministério da Saúde do Brasil (<http://www.aids.gov.br>).

3 PREVENÇÃO POSITIVA COMO PRÁTICA DE PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO PRECOCE DE NEOPLASIAS MAIS FREQUENTES ENTRE AS PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

Desde que os anti-retrovirais combinados se tornaram disponíveis, em 1996, uma maior sobrevida foi possível aos portadores do HIV, um número maior de pessoas com mais idade vive com HIV e, como consequência, diversas condições não relacionadas ao HIV passaram a ser vistas nesta população. Entre estas condições, pode-se citar o aumento do número de casos de linfoma não-Hodgkin, de câncer cervical invasivo em mulheres e seu correspondente, o carcinoma anal, em homens, de câncer de pulmão (especialmente entre fumantes), de próstata e testículo, entre outros.

A grande maioria das neoplasias citadas pode ser pelo menos parcialmente prevenível ou ter seu diagnóstico adiantado se os cuidados recomendados forem tomados por pessoas que vivem com HIV, em conjunto com o profissional médico que as acompanha.

O abandono do tabaco já vem sendo recomendado no dia-a-dia do acompanhamento de portadores do HIV, da mesma forma que é recomendado para a população em geral. Algumas outras rotinas podem, entretanto, ser ainda estimuladas para favorecer a prevenção e/ou o diagnóstico precoce de outras neoplasias sabidamente mais frequentes na população de portadores do HIV (Di Gennaro, Cinelli *et al.*, 2005).

PREVENÇÃO DE CÂNCER DE COLO DE ÚTERO E ANAL

O CDC dos Estados Unidos recomenda, em mulheres portadoras do HIV, que a avaliação

ginecológica com exame pélvico e citologia (Papanicolau) seja realizada na consulta inicial, repetida após seis meses e, a seguir, anualmente. A avaliação mais freqüente é recomendada por causa do grande aumento nos índices de lesões escamosas intraepiteliais (SIL) entre mulheres portadoras do HIV, quando comparadas a controles HIV(-) (33% a 45%, contra 7% a 14%) e do aumento de 0 a 9 vezes de câncer cervical em mulheres jovens que vivem com HIV. O câncer cervical invasivo ocorre até dez anos antes em mulheres HIV positivas. A gravidade e a freqüência da displasia cervical aumentam com a progressão do comprometimento imune. Há uma forte associação entre a infecção pelo HIV e a presença de infecção pelos subtipos de HPV associados a câncer cervical (16, 18, 31 e 35) (Hessol, Seaberg *et al.*, 2004; Mbulaiteye, Biggar *et al.*, 2003).

Diversos ensaios clínicos com vacinas contra cepas oncogênicas de HPV vêm sendo realizados. Uma vacina com 90% de efetividade contra duas cepas oncogênicas (16 e 18), responsáveis por 70% das neoplasias cervicais, foi aprovada (Wright, Subbarao *et al.*, 2001; Harper, Franco *et al.*, 2004). Não existem dados disponíveis ainda sobre a segurança e a eficácia de vacinas contra o HPV em portadores do HIV (Koutsky, Ault *et al.*, 2002).

O câncer anal se assemelha ao câncer cervical de vários modos, incluindo o fato de ambos estarem relacionados à infecção pelo HPV. As lesões anais de baixo grau freqüentemente progridem para lesões de alto grau e a citologia anal parece ser um método eficaz de rastreamento, sendo recomendada a cada dois ou três anos em homens portadores do HIV, especialmente naqueles com baixa contagem de LTCD4+ (Piketty, Darragh *et al.*, 2003; Goldie, Kuntz *et al.*, 2000).

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER DE TESTÍCULO

Dados obtidos a partir de estudos de coorte indicam que HSH portadores do HIV apresentam um aumento significativo na incidência de câncer testicular quando comparados com a população em geral, sendo a evolução da doença e a resposta ao tratamento semelhantes nas

duas populações (Fizazi, Amato *et al.*, 2001). Aparentemente, o surgimento das lesões neoplásicas não guarda relação com os níveis de LTCD4+ (Bernardi, Salvioni *et al.*, 1995).

DIAGNÓSTICO PRECOCE DE CÂNCER DE PRÓSTATA

Alguns estudos (Crum, Spencer *et al.*, 2004; Burgi, Brodine *et al.*, 2005) mostram uma freqüência maior de câncer de próstata na população de portadores do HIV. A neoplasia foi mais comum em indivíduos mais velhos e estava associada com a duração da infecção pelo HIV. Como a expectativa de vida nesta população vem crescendo, o *screening* de câncer de próstata deve se tornar cada vez mais importante entre homens portadores do HIV. A Sociedade Americana de Câncer recomenda, para homens com mais de 50 anos, PSA e toque retal anualmente (Smith, Cokkinides *et al.*, 2003).

4 DISCUSSÃO DE SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

O conceito de *Prevenção Positiva* endossa o direito de pessoas que vivem com HIV terem uma vida sexual saudável e acesso a estratégias de suporte e proteção de sua saúde sexual.

Manejar adequadamente disfunções sexuais, discutir questões ligadas à saúde reprodutiva e ao desejo de procriação fazem parte desta discussão, assim como a prevenção, o diagnóstico e o tratamento das outras DSTs e a prevenção de neoplasias anogenitais mais frequentes nesta população.

MANEJO DE DISFUNÇÕES SEXUAIS

Muitas vezes, a sexualidade de homens e mulheres que vivem com HIV está diminuída pelo medo de transmitir a infecção ou ser reinfestado, por culpa e raiva, entre outros sentimentos, resultando em redução física ou psicológica da libido. Homens que vivem com HIV freqüentemente apresentam queixas de disfunção sexual com perda de libido, proble-

mas de ereção e ejaculação. Estas queixas podem estar relacionadas com o efeito do próprio HIV, podem ser secundárias a infecções oportunistas, aos medicamentos anti-retrovirais ou a outros medicamentos usados.

As disfunções sexuais são mais comuns em homens que usam drogas recreacionais, que apresentam co-infecção com hepatite B ou C, ansiedade, doença depressiva, neuropatia periférica e lipodistrofia (Richardson, Lamba *et al.*, 2006).

Por outro lado, alguns estudos mostram que 45% dos pacientes com AIDS e 20% a 30% dos portadores do HIV apresentam níveis subnormais de testosterona (Kiviat, Critchlow *et al.*, 1993; Dobs, Few *et al.*, 1996).

O tratamento de reposição é recomendado para homens com níveis baixos ou limítrofes de testosterona. Os ensaios terapêuticos com testosterona com infecção pelo HIV e hipogonadismo mostram melhora importante da qualidade de vida, com aumento da libido, redução da fadiga e da depressão (Rabkin, Wagner *et al.*, 2000).

Embora uma análise retrospectiva mostre que, em uma coorte de mulheres soropositivas acompanhadas em uma clínica que oferece serviços de tratamento de disfunção sexual para homens, cerca de 50% relatam problemas sexuais, um levantamento feito em clínicas de assistência a portadores do HIV no Reino Unido mostrou que mais de 60% dos profissionais nunca haviam perguntado a mulheres sobre disfunção sexual (Bell, Richardson *et al.*, 2006).

DIREITO REPRODUTIVO E FORMAS
DE GARANTIR A REPRODUÇÃO EVITANDO
O RISCO DE TRANSMISSÃO/REINFECÇÃO
ENTRE CASAIS SORODISCORDANTES
OU SOROCONCORDANTES, MAS
VIVENDO COM HIV

O aumento da longevidade e a melhora na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV, a redução substancial da transmissão perinatal do HIV e a existência de técnicas assistidas de reprodução têm levado uma série de casais que

vivem com HIV a pensar na possibilidade de procriação e a procurar assistência para que a concepção possa ser feita evitando o risco de transmissão do HIV ou de uma cepa diferente do vírus (*Human immunodeficiency virus and infertility treatment*, 2002; Barreiro, Del Romero *et al.*, 2006).

O Comitê de Ética do Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia estabelece que existe uma obrigação ética de oferecer técnicas de reprodução assistida a casais em que um ou ambos os parceiros vivem com HIV, mantendo o respeito à autonomia do(s) paciente(s) e à beneficência do feto (*Human immunodeficiency virus and infertility treatment*, 2002).

Embora alguns profissionais com pouca experiência no tratamento de portadores do HIV ainda relutem em aceitar a questão e outros profissionais condicionem a reprodução ao uso correto do tratamento anti-retroviral, o certo é que a recusa em oferecer os meios disponíveis de concepção com a maior segurança possível não é mais admissível.

Alguns critérios têm sido sugeridos para a seleção de casais que procuram por reprodução assistida:

- alto grau de motivação em relação à concepção;
- HIV controlado e CD4 estável;
- carga viral indetectável no sangue e no sêmen;
- boa adesão à terapêutica anti-retroviral.

O manejo de portadores do HIV com desejo de procriação envolve uma abordagem multidisciplinar, incluindo especialistas em medicina materno-fetal, especialistas em AIDS, neonatologistas, pediatras, psiquiatras, assistentes sociais e endocrinologistas especializados em reprodução. Cada casal deve ser manejado individualmente, levando em consideração as particularidades de cada caso, participando da discussão de cada passo e de cada decisão a ser tomada.

Na prática, são três as principais situações encontradas entre casais sorodiscordantes:

a. Parceiro masculino portador do HIV e parceira feminina soronegativa.

Estudos disponíveis revelam taxas de soroconversão que vão de 0,01% a 0,41% por relação Gray (Wawer *et al.*, 2001), enquanto outros mostram uma soroconversão de 4,3% entre casais que conceberam voluntariamente após aconselhamento sobre riscos (Mandelbrot, Heard *et al.*, 1997).

Nestes casos, o aconselhamento sobre os meios mais seguros de evitar a transmissão do HIV às parceiras soronegativas envolve também a discussão do uso de espermatozoides doados, a possibilidade de adoção e mesmo o abandono da idéia.

Por fim, o risco de soroconversão parece ser bastante reduzido pela utilização da reprodução assistida com lavagem do espermatozóide e inseminação intra-uterina (em mulheres comprovadamente férteis). Nos casos de infertilidade, a lavagem pode ser seguida de fertilização *in vitro*.

Na lavagem do espermatozóide são eliminadas células “redondas”, o plasma seminal e a maior parte dos espermatozóides imóveis. O espermatozóide é separado por densidade, técnicas de *swim-up*³ e, posteriormente, testado por PCR⁴. Com a utilização desta técnica, menos de 1% das amostras de espermatozóide de homens portadores do HIV tem resultado positivo.

O espermatozóide preparado é então colocado através de um cateter flexível na cavidade uterina, em período próximo à ovulação.

Em duas das séries conhecidas que utilizaram esta técnica, a primeira, constituída por 581 casais sorodiscordantes, mostrou uma taxa de gestação de 78% por casal e de 19% por ciclo, sem qualquer soroconversão (Savasi, Ferrazzi *et al.*, 2007) e a segunda, composta por 1.263 mulheres que se submeteram a 3.166 inseminações, resultou em 393 nascimentos e também sem nenhuma soroconversão.

Apesar da inexistência de casos relatados de soroconversão, no aconselhamento ainda deve ser levada em conta a existência de risco potencial. As técnicas descritas poderão se tornar mais seguras com a utilização da lavagem do espermatozóide combinada com a “*nested*” PCR, capaz de detectar uma simples cópia viral.

b. Parceira feminina soropositiva e parceiro masculino soronegativo.

O objetivo, nesta situação, é evitar a transmissão do HIV para o parceiro masculino. Todos os problemas obstétricos ou não da parceira feminina devem ser resolvidos antes de qualquer tentativa de reprodução assistida. A inseminação intra-uterina feita com o sêmen do parceiro masculino evitará o contato do parceiro com as secreções vaginais, reduzindo o risco de transmissão. Se a inseminação intra-uterina falhar, ou no caso de existência de infertilidade, a fertilização *in vitro* pode ser utilizada.

c. Casais soroconcordantes (ambos portadores do HIV)

Nestes casos, a reprodução assistida (inseminação intra-uterina e lavagem do espermatozóide) poderia reduzir o risco de transmissão de diferentes subtipos ou de cepas mutantes entre os parceiros. Se ambos os parceiros tiverem o mesmo subtipo (na maioria das vezes, o subtipo viral é desconhecido pelos pacientes), relações programadas apropriadamente podem ser uma outra opção.

Em casos em que a fertilização *in vitro* ou a ICSI (*Intra Cytoplasmic Sperm Injection* - injeção intracitoplasmática de espermatozóide) está indicada, ambos os parceiros devem ter cargas virais indetectáveis e o parceiro masculino deve ter carga viral indetectável no espermatozóide (Williams, Finnerty *et al.*, 2003).

Em todas as situações descritas, técnicas de reprodução assistida têm possibilidade de êxito entre casais sorodiscordantes ou soroconcordantes que, na melhor das hipóteses, se equivalet às taxas de sucesso obtidas em casais não-portadores do HIV.

O que na teoria parece bem encaminhado ainda representa, na prática, um grande problema em nosso meio quando a falta de oferta de técnicas de reprodução assistida em serviços públicos de saúde é quase total tanto para pessoas que vivem com HIV quanto para o restante da população em geral.

5 OUTROS CUIDADOS A SEREM TOMADOS DENTRO DE UMA ESTRATÉGIA DE PREVENÇÃO POSITIVA.

Realização e monitoramento das imunizações recomendadas a pessoas que vivem com HIV.

A infecção pelo HIV, em função do processo contínuo de imunodepressão no curso da doença, é um fator de risco importante para a morbidade e a mortalidade decorrentes de infecções que podem ser prevenidas pelo uso de vacinas.

Embora a eficácia das vacinas possa estar comprometida em fases avançadas de doença, respostas adequadas podem ser alcançadas quando as vacinas são administradas precocemente após a infecção (Glesby, 1998). Em portadores do HIV com imunodepressão avançada (células TCD4+ < 200/mm³), deve-se, sempre que possível, adiar a administração de vacinas até a recuperação do CD4 (>200) ou, em casos especiais, considerar a revacinação após a recuperação imunológica. No caso da hepatite por vírus B, em função de uma menor resposta imunológica em portadores de imunodepressão, a dose deve ser adequada (quatro administrações de dose dupla).

Em adultos portadores do HIV, aumentos transitórios (≤ 6 semanas) da carga viral ocorrem após o uso de vacinas para tétano, influenza e pneumonia, à semelhança do que ocorre em casos de infecções agudas (Stanley, Ostrowski *et al.*, 1996). A recomendação é, portanto, que não sejam realizadas dosagens de carga viral por período de quatro a seis semanas após a aplicação de uma destas vacinas.

As vacinas podem ser feitas principalmente com agentes biológicos inativados ou com agentes biológicos vivos inativados. A administração de vacinas com agentes biológicos (em geral, vírus) vivos atenuados é contra-indicada em portadores do HIV com doença avançada (AIDS).

O documento de recomendações de uso de medicamentos anti-retrovirais do Ministério da Saúde inclui um capítulo completo e objetivo sobre as imunizações indicadas e aquelas contra-indicadas em situações específicas.

De um modo geral, deve-se atualizar o calendário em relação ao tétano e à difteria, aplicar a vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B em menores de 19 anos não vacinados, vacinar contra pneumonia, contra hepatite B aqueles não vacinados ou sem passado de hepatite B (pode ser detectado a partir da procura de anticorpos específicos) e hepatite A em portadores do HIV co-infectados com o vírus da hepatite B e/ou C.

A imunogênese provocada pela vacinas contra a hepatite B pode ser avaliada pela dosagem de anticorpos específicos (anti-HBS). Está recomendada a determinação dos níveis de anticorpos anti-HBS no primeiro mês e seis meses após a última dose da vacina contra o vírus da hepatite B (HBV). Níveis maiores ou iguais a 10/ml são considerados protetores. Os pacientes que não os atingem devem receber uma a três doses adicionais.

PREVENÇÃO DA TUBERCULOSE

Pessoas que vivem com HIV apresentam alto risco de desenvolver quadros de tuberculose ativa após a infecção com o bacilo da tuberculose (*Mycobacterium tuberculosis*) (Elzi, Schlegel *et al.*, 2007). Pessoas infectadas pelo bacilo da tuberculose apresentam um período de infecção assintomática antes do desenvolvimento de doença ativa. A manifestação clínica desse estado assintomático é um PPD (teste de Mantoux, teste tuberculínico, intradermoreação) reagente. O PPD (*Purified Protein Derivative*) é aplicado no tecido subcutâneo e a medida da endureção é realizada após 48 a 72 horas (por pessoa treinada).

Alguns estudos prospectivos, realizados antes do uso dos anti-retrovirais combinados, mostraram que a taxa de progressão para tuberculose ativa em portadores do HIV com PPD positivo aumenta de 7 a 80 vezes em relação às pessoas com PPD positivo, mas não portadoras do HIV (*Updated guidelines for the use of rifabutin or rifampin for the treatment and prevention of tuberculosis among HIV-infected patients taking protease inhibitors or nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors, 2000*). A utilização do tratamento preven-

tivo com isoniazida (INH) em portadores do HIV com PPD positivo reduz o risco de desenvolvimento de tuberculose ativa para 4% ou menos durante a vida inteira (Fitzgerald, Morse *et al.*, 2000).

Por estes motivos, todas as pessoas que não sabem que têm um PPD positivo devem realizar um teste com PPD o mais cedo possível após o diagnóstico da infecção pelo HIV (*Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: principles of therapy and revised recommendations. Centers for Disease Control and Prevention, 1998*).

O teste com PPD deve ser repetido anualmente caso o teste inicial seja negativo (principalmente em usuários de drogas, internos do sistema penitenciário e população de rua). O PPD também deve ser repetido na reconstrução imunológica quando o CD4 for >200 células/mm³ (MMWR 2002;51).

Em portadores do HIV, o teste é considerado positivo quando o diâmetro do halo de endureção for >5mm (em indivíduos imunocompetentes, o teste é positivo quando a endureção for >10mm).

Casos especiais (como quando há contato com bacilos multirresistentes) devem ser tratados de forma especial.

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DOS EFEITOS ADVERSOS DO USO DOS ANTI-RETROVIRAIS

Dislipidemias

O uso de medicamentos anti-retrovirais está associado a alterações nos níveis de colesterol e triglicerídeos (Friis-Moller, Weber *et al.*, 2003), embora pacientes HIV positivos sem tratamento prévio também apresentem alterações nos níveis de lipídeos no sangue. (Dube, Stein *et al.*, 2003).

A tabela abaixo mostra a prevalência de dislipidemias em pacientes com HIV/AIDS em uso de diferentes classes de medicamentos no tratamento anti-retroviral (TARV) (*D:A:D - Data Collection on Adverse Events of Anti-HIV Drugs*) (Friis-Moller, Weber *et al.*, 2003).

Para portadores do HIV em acompanhamento recomenda-se:

- a realização de um perfil lipídico (dosagem de colesterol total e HDL colesterol, dosagem de triglicerídeos e cálculo do LDL colesterol) em um período de 3 a 6 meses antes do início dos anti-retrovirais;
- cálculo do risco cardíaco (ver item abaixo);
- prescrever mudança de hábitos de vida, incluindo dieta, exercícios físicos e interrupção do tabagismo;
- se houver persistência de níveis altos de lipídios, apesar das intervenções no estilo de vida, levando em conta o cálculo do risco cardíaco, considerar a alteração dos anti-retrovirais ou o uso de medicamentos que reduzem os lipídios (estatinas que podem ser utilizadas em associação com os ARVs ou fibratos, de acordo com o tipo de dislipidemia) (Dube, Stein *et al.*, 2003).

Síndrome lipodistrófica

A lipodistrofia caracteriza-se pela presença de dislipidemia (discutida imediatamente acima), adiposidade visceral e perda da gordura subcutânea abdominal e periférica. As alterações de redistribuição de gordura são variáveis, mas geralmente detectadas pelo aumento do depósito de gordura no abdômen, nas mamas e no tecido adiposo visceral, de giba e de redução da gordura na face, em braços, pernas e glúteos. As alterações metabólicas da síndrome lipodis-

| | IP ⁵ | ITRNN ⁶ | ITRN ⁷ | Sem tratamento |
|---------------------------|-----------------|--------------------|-------------------|----------------|
| Colesterol > 240mg/dL | 27% | 23% | 10% | 8% |
| Triglicerídeos > 200mg/dL | 40% | 32% | 23% | 15% |
| HDL < 35mg/dL | 27% | 19% | 25% | 26% |

trófica incluem aumento dos níveis de triglicérides, colesterol LDL (*Low Density Lipoprotein*), colesterol total, glicemia e insulina e diminuição dos níveis de colesterol HDL (*High Density Lipoprotein*), (Grinspoon, 2005; AACTG Metabolic Guides, Ter Hofstede, Burger *et al.*, 2003), além de esteatose hepática (fígado gorduroso), hipercoagulabilidade e disfunção do endotélio (Zimmet, 2005).

A lipodistrofia é frequente em indivíduos infectados pelo HIV e é evidenciada pelo tratamento anti-retroviral. A incidência de lipodistrofia foi relatada em 11,7 a cada 100 pacientes/ano em um estudo de coorte realizado entre 1996 e 1999 (Martinez, Mocroft *et al.*, 2001). Mais recentemente, foi identificada em 6,2 a cada 100 pacientes/ano, acompanhados por quatro anos (Ter Hofstede, Burger *et al.*, 2003).

O tratamento anti-retroviral piora sensivelmente os fatores de risco existentes e cerca de 25 a 60% dos indivíduos em uso destes medicamentos apresentam lipodistrofia. O uso de ITRN causa toxicidade mitocondrial e sua associação com IP aumenta o risco de lipodistrofia (AACTG Metabolic Guides). Em pacientes em uso prolongado de medicamentos anti-retrovirais, a prevalência de lipodistrofia é superior a 80% (Ter Hofstede, Burger *et al.*, 2003).

Não existe tratamento comprovado para qualquer componente da síndrome lipodistrófica.

Algumas evidências sugerem que a troca da estavudina pelo abacavir ou pela zidovudina pode promover um aumento lento, mas progressivo, do tecido adiposo subcutâneo. A retirada dos análogos timidínicos (estavudina e zidovudina) se mostrou, em alguns casos, efetiva na reversão da lipodistrofia. A rosiglitazina mostrou algum efeito sobre a lipotrofia, a resistência à insulina e o índice metabólico em portadores do HIV.

O efeito da lipoaspiração e da lipectomia é variável e a recorrência da lipo-hipertrofia é comum.

Os procedimentos cirúrgicos para o tratamento da lipoatrofia incluem a utilização de retalhos livres (*free flap*), lipotransferência, implante de silicone, polimetilmetacrilato, ácido hialurônico e outros implantes usados para substituir o tecido

adiposo, especialmente na reconstrução facial. O ácido polilático tem sido utilizado para preenchimento temporário em alguns pacientes. A aplicação de ácido hialurônico promove uma melhora eficaz e segura, embora temporária.

Nenhuma dieta se mostrou capaz de reverter a lipo-hipertrofia ou a lipodistrofia, enquanto o exercício físico melhora a sensibilidade à insulina. Um estudo recente mostrou que o treino progressivo com resistência com componente aeróbico pode reduzir a adiposidade do tronco (Robinson, Quinn *et al.*, 2007).

Doença cardiovascular

Entre as consequências a longo prazo das complicações metabólicas da terapia anti-retroviral está o risco aumentado de doença cardiovascular (Currier e Havlir, 2004). O início do uso de anti-retrovirais foi associado a aumento significativo da pressão arterial sistólica (cerca de 1,8mm Hg, nos primeiros seis meses, e 0,3mm Hg a cada 6 meses, sendo a hipertensão um fator importante de aumento de risco cardiovascular (Currier e Havlir, 2005.; Seaberg, Riddler *et al.*, 2005). O estudo D:A:D é o maior estudo prospectivo sobre risco cardiovascular e tratamento anti-retroviral e mostrou que a incidência de infarto do miocárdio associou-se com o tempo de exposição aos antirretrovirais (Friis-Moller, Weber *et al.*, 2003, Friis-Moller, Sabin *et al.*, 2003). Dados mais recentes mostram que esse risco aumentado aplica-se a homens e mulheres de todas as raças e todas as idades, embora o risco absoluto pareça ser maior nos mais velhos (Friis-Moller, Sabin *et al.*, 2003).

A utilização do escore de risco de Framingham para estratificação de risco cardiovascular mostrou que a prevalência de indivíduos com risco coronariano elevado (>20% em 10 anos) foi duas vezes maior nos pacientes tratados com anti-retrovirais do que no grupo controle (11,9% vs 5,3%; p=0,004) (Bergersen, Sandvik *et al.*, 2004).

As principais recomendações em relação à diminuição do risco cardíaco se baseiam no controle de fatores que reconhecidamente estão relacionados com o aumento deste risco e que comprovadamente apresentam uma relação

custo-benefício favorável, ou seja, interrupção do tabagismo, controle da pressão arterial e tratamento das dislipidemias. Uma segunda classe de intervenções inclui o controle de fatores com relação custo-efetividade limitada até o momento. Nesta categoria se encontra o manejo do diabetes melito, o tratamento da obesidade e a reversão do sedentarismo. A abordagem farmacológica deve ser individualizada para cada paciente e, de preferência, realizada por especialista (Pearson, McBride *et al.*, 1996).

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DAS COMPLICAÇÕES OSTEOARTICULARES

Com o aumento da sobrevivência das PVH na era dos anti-retrovirais combinados, algumas outras conseqüências, menos discutidas e/ou consideradas, relacionadas com esta extensão de tempo, foram observadas. As conseqüências metabólicas, por exemplo, são muito discutidas na literatura, mas principalmente quando relacionadas à síndrome lipodistrófica.

As complexas alterações metabólicas presentes durante a infecção pelo HIV e seu tratamento incluem a redução da mineralização óssea e a perda do sincronismo entre a formação e a reabsorção óssea, com o conseqüente aumento da ocorrência de osteopenia, que, por sua vez, resulta em osteoporose.

O aumento dos relatos de alterações osteoarticulares vem sendo, conseqüentemente, o objetivo de estudos mais detalhados, com o propósito de estabelecer as causas e a abordagem terapêutica adequada.

As alterações osteoarticulares relatadas com mais freqüência em portadores do HIV em uso de anti-retrovirais há um longo período de tempo são: a osteopenia/osteoporose, a osteonecrose, a Síndrome do Túnel do Carpo e a capsulite adesiva do ombro.

Osteopenia/osteoporose

Osteopenia e osteoporose representam graus diferentes de alterações diagnosticadas a partir de um exame conhecido como densitometria óssea, que compara a densidade encontrada em um determinado indivíduo com o valor médio para adultos jovens, ajustado para gênero e etnia.

A gênese da osteopenia/osteomalácia é multifatorial e relacionada com o efeito direto do HIV à persistência de citocinas pró-inflamatórias, a alterações do metabolismo da vitamina D e às alterações mitocondriais (Dolan, Huang *et al.*, 2004; Seminari, Castagna *et al.*, 2005).

A literatura médica tem mostrado que o risco relativo de osteopenia/osteoporose é maior entre indivíduos que usam inibidores de protease e, em especial, o indinavir e o ritonavir (Amorosa e Tebas, 2006; Jain, Furfine *et al.*, 2001; Tan, Nelson *et al.*, 2001). Em relação aos inibidores da transcriptase reversa, relatos recentes relacionam o tenofovir à osteomalácia⁸ e à Síndrome de Fanconi⁹ (Parsonage, Wilkins *et al.*, 2005). Entre outros fatores que podem contribuir para a perda óssea ou acelerá-la encontram-se a deficiência nutricional, os níveis baixos de cálcio no sangue, a imobilização, o hipertireoidismo e o hiperparatireoidismo, a insuficiência renal, o uso de opióides ou heroína, o uso de corticosteroides, a pós-menopausa e o consumo de álcool (mais de 16g/dia) (Amorosa e Tebas, 2006).

As principais medidas para a prevenção da osteoporose incluem a prática de exercícios físicos e dieta apropriada na três primeiras décadas de vida, com o objetivo de atingir uma formação máxima de massa óssea. Suplementos de cálcio e vitamina D devem fazer parte do tratamento da osteoporose e, em conjunto com o alendronato, que atua contra a reabsorção óssea, são úteis no tratamento da osteoporose associada à infecção pelo HIV. Em mulheres pós-menopáusicas, a reposição hormonal representa um método importante na prevenção da osteoporose (Mondy, Powderly *et al.*, 2005).

Em mulheres não-portadoras do HIV, a densitometria óssea (medida da densidade óssea) está indicada, em mulheres que tenham fatores de risco para a osteoporose, a partir dos 60 anos e para todas com 65 anos ou mais (*Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale*, 2002).

Alguns autores recomendam que seja considerada a medida da densidade óssea, particularmente em mulheres portadoras do HIV com fatores de risco para osteopenia, incluindo mulheres pós-menopáusicas e aquelas com histó-

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AACTG Metabolic Guides. [Www.Aactg.Org](http://www.aactg.org).

AMOROSA, V. e P. TEBAS. Bone disease and HIV infection. Clin Infect Dis, v.42, n.1, Jan 1, p.108-14. 2006.

AUERBACH, J. D. Principles of positive prevention. J Acquir Immune Defic Syndr, v.37 Suppl 2, n.3, Oct 1, p.S122-5. 2004.

BALE, J. F., JR., S. J. PETHERAM, *et al.* Cytomegalovirus reinfection in young children. J Pediatr, v.128, n.3, Mar, p.347-52. 1996.

BARREIRO, P., J. DEL ROMERO, *et al.* Natural pregnancies in HIV-serodiscordant couples receiving successful antiretroviral therapy. J Acquir Immune Defic Syndr, v.43, n.3, Nov 1, p.324-6. 2006.

BELL, C., D. RICHARDSON, *et al.* HIV-associated female sexual dysfunction - clinical experience and literature review. Int J STD AIDS, v.17, n.10, Oct, p.706-9. 2006.

BELOQUI, J. A. Prevention with people with HIV/AIDS: a perspective from a person living with HIV/AIDS in Latin America. J Acquir Immune Defic Syndr, v.37 Suppl 2, Oct 1, p.S135-7. 2004.

BERGERSEN, B. M., L. SANDVIK, *et al.* Elevated Framingham risk score in HIV-positive patients on highly active antiretroviral therapy: results from a Norwegian study of 721 subjects. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, v.23, n.8, Aug, p.625-30. 2004.

BERNARDI, D., R. SALVIONI, *et al.* Testicular germ cell tumors and human immunodeficiency virus infection: a report of 26 cases. Italian Cooperative Group on AIDS and Tumors. J Clin Oncol, v.13, n.11, Nov, p.2705-11. 1995.

BEYARI, M. M., T. A. HODGSON, *et al.* Multiple human herpesvirus-8 infection. J Infect Dis, v.188, n.5, Sep 1, p.678-89. 2003.

BLACKARD, J. T., D. E. COHEN, *et al.* Human immunodeficiency virus superinfection and recombination: current state of knowledge and potential clinical consequences. Clin Infect Dis, v.34, n.8, Apr 15, p.1108-14. 2002.

BLACKARD, J. T. e K. E. SHERMAN. Hepatitis C virus coinfection and superinfection. J Infect Dis, v.195, n.4, Feb 15, p.519-24. 2007.

BURGI, A., S. BRODINE, *et al.* Incidence and risk factors for the occurrence of non-AIDS-defining cancers among human immunodeficiency virus-infected individuals. Cancer, v.104, n.7, Oct 1, p.1505-11. 2005.

CASTILLA, J., J. DEL ROMERO, *et al.* Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr, v.40, n.1, Sep 1, p.96-101. 2005.

CATERINO-DE-ARAÚJO, A., A. FAVERO, *et al.* HTLV-I/HTLV-II coinfection in an AIDS patient from Sao Paulo, Brazil. AIDS Res Hum Retroviruses, v.16, n.8, May 20, p.715-9. 2000.

CHAISSON, R. E., J. C. KERULY, *et al.* Association of initial CD4 cell count and viral load with response to highly active antiretroviral therapy. Jama, v.284, n.24, Dec 27, p.3128-9. 2000.

COT, M. C., M. POULAIN, *et al.* Dual HIV-1 and HIV-2 infection in West Africa supported by synthetic peptide analysis. AIDS Res Hum Retroviruses, v.4, n.4, Aug, p.239-41. 1988.

CREPAZ, N., C. M. LYLES, *et al.* Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. AIDS, v.20, n.2, Jan 9, p.143-57. 2006.

CRUM, N. F., C. R. SPENCER, *et al.* Prostate carcinoma among men with human immunodeficiency virus infection. Cancer, v.101, n.2, Jul 15, p.294-9. 2004.

CURRIER, J. S. e D. V. HAVLIR. Complications of HIV disease and antiretroviral therapy. Highlights of the 11th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, February 8-11, 2004, San Francisco, California, USA. Top HIV Med, v.12, n.1, Mar-Apr, p.31-45. 2004.

_____. Complications of HIV disease and antiretroviral therapy. Top HIV Med, v.13, n.1, Mar-Apr, p.16-23. 2005.

DE PANFILIS, G., G. MELZANI, *et al.* Relapses after treatment of external genital warts are more frequent in HIV-positive patients than in HIV-negative controls. Sex Transm Dis, v.29, n.3, Mar, p.121-5. 2002.

DI GENNARO, G., R. CINELLI, *et al.* Cancer prevention and early diagnosis in HIV-positive individuals. J Acquir Immune Defic Syndr, v.38, n.5, Apr 15, p.628-9. 2005.

DOBS, A. S., W. L. FEW, 3RD, *et al.* Serum hormones in men with human immunodeficiency virus-associated wasting. J Clin Endocrinol Metab, v.81, n.11, Nov, p.4108-12. 1996.

DOLAN, S. E., J. S. HUANG, *et al.* Reduced bone density in HIV-infected women. Aids, v.18, n.3, Feb 20, p.475-83. 2004.

DREW, W. L., E. S. SWEET, *et al.* Multiple infections by cytomegalovirus in patients with acquired immunodeficiency syndrome: documentation by Southern blot hybridization. J Infect Dis, v.150, n.6, Dec, p.952-3. 1984.

DUBE, M. P., J. H. STEIN, *et al.* Guidelines for the evaluation and management of dyslipidemia in human immunodeficiency virus (HIV)-infected adults receiving antiretroviral therapy: recommendations of the HIV Medical Association of the Infectious Disease Society of America and the Adult AIDS Clinical Trials Group. Clin Infect Dis, v.37, n.5, Sep 1, p.613-27. 2003.

ELZI, L., M. SCHLEGEL, *et al.* Reducing tuberculosis incidence by tuberculin skin testing, preventive treatment, and antiretroviral therapy in an area of low tuberculosis transmission. Clin Infect Dis, v.44, n.1, Jan 1, p.94-102. 2007.

EVANS, L. A., J. MOREAU, *et al.* Simultaneous isolation of HIV-1 and HIV-2 from an AIDS patient. Lancet, v.2, n.8625, Dec 17, p.1389-91. 1988.

- FITZGERALD, D. W., M. M. MORSE, *et al.* Active tuberculosis in individuals infected with human immunodeficiency virus after isoniazid prophylaxis. Clin Infect Dis, v.31, n.6, Dec, p.1495-7. 2000.
- FIZAZI, K., R. J. AMATO, *et al.* Germ cell tumors in patients infected by the human immunodeficiency virus. Cancer, v.92, n.6, Sep 15, p.1460-7. 2001.
- FLEMING, D. T. e J. N. WASSERHEIT. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection. Sex Transm Infect, v.75, n.1, Feb, p.3-17. 1999.
- FRIIS-MOLLER, N., C. A. SABIN, *et al.* Combination antiretroviral therapy and the risk of myocardial infarction. N Engl J Med, v.349, n.21, Nov 20, p.1993-2003. 2003.
- FRIIS-MOLLER, N., R. WEBER, *et al.* Cardiovascular disease risk factors in HIV patients—association with antiretroviral therapy. Results from the DAD study. AIDS, v.17, n.8, May 23, p.1179-93. 2003.
- GLESBY, M. J. Immunizations during HIV infection. Curr Opin Infect Dis, v.11, n.1, Feb, p.17-21. 1998.
- GOLDIE, S. J., K. M. KUNTZ, *et al.* Cost-effectiveness of screening for anal squamous intraepithelial lesions and anal cancer in human immunodeficiency virus-negative homosexual and bisexual men. Am J Med, v.108, n.8, Jun 1, p.634-41. 2000.
- GOTZ, H. M., G. VAN DOORNUM, *et al.* A cluster of acute hepatitis C virus infection among men who have sex with men—results from contact tracing and public health implications. AIDS, v.19, n.9, Jun 10, p.969-74. 2005.
- GRAY, R. H., M. J. WAWER, *et al.* Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. Lancet, v.357, n.9263, Apr 14, p.1149-53. 2001.
- GRINSPOON, S. K. Metabolic syndrome and cardiovascular disease in patients with human immunodeficiency virus. Am J Med, v.118 Suppl 2, Apr, p.23S-28S. 2005.
- HADLER, S. C., F. N. JUDSON, *et al.* Outcome of hepatitis B virus infection in homosexual men and its relation to prior human immunodeficiency virus infection. J Infect Dis, v.163, n.3, Mar, p.454-9. 1991.
- HARPER, D. M., E. L. FRANCO, *et al.* Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. Lancet, v.364, n.9447, Nov 13-19, p.1757-65. 2004.
- HESSOL, N. A., E. C. SEABERG, *et al.* Cancer risk among participants in the women's interagency HIV study. J Acquir Immune Defic Syndr, v.36, n.4, Aug 1, p.978-85. 2004.
- HOGEWONING, C. J., M. C. BLEEKER, *et al.* Condom use promotes regression of cervical intraepithelial neoplasia and clearance of human papillomavirus: a randomized clinical trial. Int J Cancer, v.107, n.5, Dec 10, p.811-6. 2003.
- Human immunodeficiency virus and infertility treatment. Fertil Steril, v.77, n.2, Feb, p.218-22. 2002.
- JAIN, R. G., E. S. FURFINE, *et al.* Metabolic complications associated with antiretroviral therapy. Antiviral Res, v.51, n.3, Sep, p.151-77. 2001.
- JAIN, R. G. e J. M. LENHARD. Select HIV protease inhibitors alter bone and fat metabolism ex vivo. J Biol Chem, v.277, n.22, May 31, p.19247-50. 2002.
- KAO, J. H., P. J. CHEN, *et al.* Acute exacerbations of chronic hepatitis B are rarely associated with superinfection of hepatitis B virus. Hepatology, v.34, n.4 Pt 1, Oct, p.817-23. 2001.
- KIVIAT, N. B., C. W. CRITCHLOW, *et al.* Association of anal dysplasia and human papillomavirus with immunosuppression and HIV infection among homosexual men. Aids, v.7, n.1, Jan, p.43-9. 1993.
- KOUTSKY, L. A., K. A. AULT, *et al.* A controlled trial of a human papillomavirus type 16 vaccine. N Engl J Med, v.347, n.21, Nov 21, p.1645-51. 2002.
- KOZACZYNSKA, K., M. CORNELISSEN, *et al.* HIV-1 sequence evolution in vivo after superinfection with three viral strains. Retrovirology, v.4, p.59. 2007.
- MAHONEY, C. R., M. J. GLESBY, *et al.* Total hip arthroplasty in patients with human immunodeficiency virus infection: pathologic findings and surgical outcomes. Acta Orthop, v.76, n.2, Apr, p.198-203. 2005.
- MANDELBROT, L., I. HEARD, *et al.* Natural conception in HIV-negative women with HIV-infected partners. Lancet, v.349, n.9055, Mar 22, p.850-1. 1997.
- MARKS, G., S. BURRIS, *et al.* Reducing sexual transmission of HIV from those who know they are infected: the need for personal and collective responsibility. Aids, v.13, n.3, Feb 25, p.297-306. 1999.
- MARKS, G., N. CREPAZ, *et al.* Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. J Acquir Immune Defic Syndr, v.39, n.4, Aug 1, p.446-53. 2005.
- MARTINEZ, E., A. MOCROFT, *et al.* Risk of lipodystrophy in HIV-1-infected patients treated with protease inhibitors: a prospective cohort study. Lancet, v.357, n.9256, Feb 24, p.592-8. 2001.
- MBULAITEYE, S. M., R. J. BIGGAR, *et al.* Immune deficiency and risk for malignancy among persons with AIDS. J Acquir Immune Defic Syndr, v.32, n.5, Apr 15, p.527-33. 2003.
- Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. IV, nº1 2007.
- MONDY, K., W. G. POWDERLY, *et al.* Alendronate, vitamin D, and calcium for the treatment of osteopenia/osteoporosis associated with HIV infection. J Acquir Immune Defic Syndr, v.38, n.4, Apr 1, p.426-31. 2005.

- MONDY, K. e P. TEBAS. Emerging bone problems in patients infected with human immunodeficiency virus. Clin Infect Dis, v.36, n.Suppl 2, Apr 1, p.S101-5. 2003.
- NEILSON, J. R., G. C. JOHN, *et al.* Subtypes of human immunodeficiency virus type 1 and disease stage among women in Nairobi, Kenya. J Virol, v.73, n.5, May, p.4393-403. 1999.
- PARSONAGE, M. J., E. G. WILKINS, *et al.* The development of hypophosphataemic osteomalacia with myopathy in two patients with HIV infection receiving tenofovir therapy. HIV Med, v.6, n.5, Sep, p.341-6. 2005.
- PEARSON, T. A., P. E. MCBRIDE, *et al.* 27th Bethesda Conference: matching the intensity of risk factor management with the hazard for coronary disease events. Task Force 8. Organization of preventive cardiology service. J Am Coll Cardiol, v.27, n.5, Apr, p.1039-47. 1996.
- PIKETTY, C., T. M. DARRAGH, *et al.* High prevalence of anal human papillomavirus infection and anal cancer precursors among HIV-infected persons in the absence of anal intercourse. Ann Intern Med, v.138, n.6, Mar 18, p.453-9. 2003.
- Prevention and treatment of tuberculosis among patients infected with human immunodeficiency virus: principles of therapy and revised recommendations. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep, v.47, n.RR-20, Oct 30, p.1-58. 1998.
- QUINLIVAN, M. e J. BREUER. Molecular studies of Varicella zoster virus. Rev Med Virol, v.16, n.4, Jul-Aug, p.225-50. 2006.
- QUINN, T. C., M. J. WAWER, *et al.* Viral load and heterosexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. Rakai Project Study Group. N Engl J Med, v.342, n.13, Mar 30, p.921-9. 2000.
- RABKIN, J. G., G. J. WAGNER, *et al.* A double-blind, placebo-controlled trial of testosterone therapy for HIV-positive men with hypogonadal symptoms. Arch Gen Psychiatry, v.57, n.2, Feb, p.141-7; discussion 155-6. 2000.
- RICHARDSON, D., H. LAMBA, *et al.* Factors associated with sexual dysfunction in men with HIV infection. Int J STD AIDS, v.17, n.11, Nov, p.764-7. 2006.
- ROBINSON, F. P., L. T. QUINN, *et al.* Effects of high-intensity endurance and resistance exercise on HIV metabolic abnormalities: a pilot study. Biol Res Nurs, v.8, n.3, Jan, p.177-85. 2007.
- ROEST, R. W., W. F. CARMAN, *et al.* Genotypic analysis of sequential genital herpes simplex virus type 1 (HSV-1) isolates of patients with recurrent HSV-1 associated genital herpes. J Med Virol, v.73, n.4, Aug, p.601-4. 2004.
- ROEST, R. W., J. MAERTZDORF, *et al.* High incidence of genotypic variance between sequential herpes simplex virus type 2 isolates from HIV-1-seropositive patients with recurrent genital herpes. J Infect Dis, v.194, n.8, Oct 15, p.1115-8. 2006.
- SA, M. S., J. SAMPAIO, *et al.* Clinical and laboratory profile of HIV-positive patients at the moment of diagnosis in Bahia, Brazil. Braz J Infect Dis, v.11, n.4, Aug, p.395-8. 2007.
- SAVASI, V., E. FERRAZZI, *et al.* Safety of sperm washing and ART outcome in 741 HIV-1-serodiscordant couples. Hum Reprod, v.22, n.3, Mar, p.772-7. 2007.
- Screening for osteoporosis in postmenopausal women: recommendations and rationale. Ann Intern Med, v.137, n.6, Sep 17, p.526-8. 2002.
- SCWARCWALD, C. L. e P. R. B. DE SOUZA, JR. Estimativa da prevalência de HIV na população brasileira de 15 a 49 anos, 2004. Ministério da Saúde, Boletim epidemiológico, III, nº1 disponível em:
<http://www.aids.gov.br/main.asp?ViewID=%7B60A443EB%2DF08B%2D4B21%2D9E77%2DB1F8E892B62A%7D¶ms=itemID=%7B8C6C31BC%2DBC0F%2D4B61%2D9254%2DB9D7B30C5C1A%7D;&UIPartUID=%7BD90F22DB%2D05D4%2D4644%2DA8F2%2DFAD4803C8898%7D>
 (acessado em 04/11/2007) 2006.
- SEABERG, E., S. RIDDLER, *et al.* The Effect of HAART Initiation on Blood Pressure. 12º CROI 2005. p.
- SEMINARI, E., A. CASTAGNA, *et al.* Osteoprotegerin and bone turnover markers in heavily pretreated HIV-infected patients. HIV Med, v.6, n.3, May, p.145-50. 2005.
- SILVERBERG, M. J., L. AHDIEH, *et al.* The impact of HIV infection and immunodeficiency on human papillomavirus type 6 or 11 infection and on genital warts. Sex Transm Dis, v.29, n.8, Aug, p.427-35. 2002.
- SMITH, D. M., J. K. WONG, *et al.* Incidence of HIV superinfection following primary infection. Jama, v.292, n.10, Sep 8, p.1177-8. 2004.
- SMITH, R. A., V. COKKINIDES, *et al.* American Cancer Society guidelines for the early detection of cancer, 2003. CA Cancer J Clin, v.53, n.1, Jan-Feb, p.27-43. 2003.
- SPECTOR, S. A., K. K. HIRATA, *et al.* Identification of multiple cytomegalovirus strains in homosexual men with acquired immunodeficiency syndrome. J Infect Dis, v.150, n.6, Dec, p.953-6. 1984.
- STANLEY, S. K., M. A. OSTROWSKI, *et al.* Effect of immunization with a common recall antigen on viral expression in patients infected with human immunodeficiency virus type 1. N Engl J Med, v.334, n.19, May 9, p.1222-30. 1996.
- TAN, B. M., R. P. NELSON, JR., *et al.* Bone metabolism in children with human immunodeficiency virus infection receiving highly active anti-retroviral therapy including a protease inhibitor. J Pediatr, v.139, n.3, Sep, p.447-51. 2001.
- TER HOFSTEDÉ, H. J., D. M. BURGER, *et al.* Antiretroviral therapy in HIV patients: aspects of metabolic complications and mitochondrial toxicity. Neth J Med, v.61, n.12, Dec, p.393-403. 2003.
- Updated guidelines for the use of rifabutin or rifampin for the treatment and prevention of tuberculosis among HIV-infected patients taking protease inhibitors or nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors. MMWR Morb Mortal Wkly Rep, v.49, n.9, Mar 10, p.185-9. 2000.

VAN BAARLE, D., E. HOVENKAMP, *et al.* Direct Epstein-Barr virus (EBV) typing on peripheral blood mononuclear cells: no association between EBV type 2 infection or superinfection and the development of acquired immunodeficiency syndrome-related non-Hodgkin's lymphoma. Blood, v.93, n.11, Jun 1, p.3949-55. 1999.

WASSERHEIT, J. N. Epidemiological synergy. Interrelationships between human immunodeficiency virus infection and other sexually transmitted diseases. Sex Transm Dis, v.19, n.2, Mar-Apr, p.61-77. 1992.

WILLIAMS, C. D., J. J. FINNERTY, *et al.* Reproduction in couples who are affected by human immunodeficiency virus: medical, ethical, and legal considerations. Am J Obstet Gynecol, v.189, n.2, Aug, p.333-41. 2003.

WRIGHT, T. C., JR., S. SUBBARAO, *et al.* Human immunodeficiency virus 1 expression in the female genital tract in association with cervical inflammation and ulceration. Am J Obstet Gynecol, v.184, n.3, Feb, p.279-85. 2001.

ZIMMET, P. Epidemiology of diabetes mellitus and associated cardiovascular risk factors: focus on human immunodeficiency virus and psychiatric disorders. Am J Med, v.118 Suppl 2, Apr, p.3S-8S. 2005.

pelo HIV é mais que um evento viral, ou seja, é resultante de eventos psicossociais e fatos sócio-políticos; essa compreensão deve contribuir para pensarmos a prevenção positiva.

A reflexão crítica sobre a noção de *Prevenção Positiva* que desenvolveremos neste texto expressará nossa experiência com um conjunto de estudos que, ao longo de uma década (1996-2006), buscaram compreender como pessoas vivendo com HIV — mulheres, homens que fazem sexo com mulheres e jovens — lidam com sua vida cotidiana depois do diagnóstico, quais as suas necessidades e de que modo serviços e programas dedicados a assisti-los podem reduzir sua vulnerabilidade às conseqüências negativas de seu estado sorológico sobre seu bem-estar e o pleno gozo de seus direitos. Cinco projetos de pesquisa interdisciplinar, com a participação de pesquisadores do NEPAIDS-USP, produziram resultados coletados junto a pacientes atendidos em centros de referência especializada em DST/AIDS em São Paulo ^{6.7.8.9.10.11.12.13.14.15.16} cuja interpretação foi orientada pelo *quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos*.¹⁷

Todos os estudos citados têm demonstrado a diversidade do perfil e da experiência das pessoas vivendo com HIV. Confirmam, por outro lado, que as pessoas soropositivas sofrem com o impacto do processo de estigmatização e a discriminação experimentada na sua vida cotidiana, especialmente no campo da sexualidade, da vida amorosa e familiar, no mundo do trabalho, com repercussões para os cuidados com a saúde. Mesmo nas situações mais adversas, entretanto, homens e mulheres vivendo com AIDS são *sujeitos de seu cotidiano*, que procuraram *transformar ao compreender*. Observamos as dificuldades que enfrentaram para revelar o diagnóstico, como reagiram à obrigação do uso consistente da medicação e do preservativo, como lutaram para manter sua vida profissional, iniciar novas relações afetivas e lidar com as mudanças na vida sexual, com o desejo de constituir família e ter filhos. O medo do abandono e da rejeição marcava e organizava as narrativas e as discussões em grupo analisadas ao longo dos vários estudos. A reserva com relação à nova condição “soropositiva” e o auto-

isolamento foram atitudes comuns, fonte de sofrimento entre as pessoas que vivem com HIV, que temem constantemente a discriminação. As narrativas e os debates também demonstraram como as necessidades cotidianas que excedem o estrito tratamento da infecção foram pouco acolhidas nos serviços de saúde, embora tenham impacto significativo sobre sua qualidade de vida, no adoecimento e no controle da expansão da epidemia, objetivos dos programas de AIDS.

Discutiremos como uma abordagem psicossocial e emancipatória da atenção às pessoas vivendo com HIV permite integrar cuidado & prevenção, ao definir as pessoas afetadas pela AIDS como “sujeitos de seu cotidiano”, “sujeitos de direito” (sujeitos-cidadãos), ao invés de objetos (“alvos”) de “intervenção/receitação”. No caso da redução da vulnerabilidade à discriminação e ao adoecimento das pessoas vivendo com AIDS, a estratégia que temos chamado de **Abordagem da Emancipação Psicossocial (AEPSO)** valoriza especialmente a prevenção do adoecimento integrada ao Cuidado, a prioridade de ações pela equidade e a promoção da saúde sexual e reprodutiva.

1

A DISCRIMINAÇÃO, O PROTAGONISMO E A IDENTIDADE “POSITIVA”

Os estudos que inspiraram as reflexões deste texto confirmaram a literatura que discute como o medo da discriminação modifica a vida cotidiana das pessoas afetadas pela epidemia da AIDS. A descoberta da soropositividade continua impondo, de um lado, lidar com uma transformação radical da consciência sobre si mesmo, encarando o mundo virado do avesso tantas vezes narrado por vários autores, nas artes e nas ciências; de outro, dar conta da decisão de revelar-se para os outros, o que implica confrontar a explicação de “como pegou” e considerar o sofrimento das pessoas queridas diante do adoecimento, muitas vezes espelhando desnecessariamente seu próprio sofrimento. Teme-se um provável abandono e, freqüentemente, a perda do apoio financeiro ou do trabalho e até violência física, resultantes do

processo de estigmatização. Por outro lado, muitas pessoas continuam deixando de se proteger ou de procurar o teste anti-HIV porque não conseguem enxergar-se nas identidades sociais desvalorizadas associadas ao viver com HIV (por exemplo, de “promíscuos” ou “drogados”).

A compreensão da construção histórica desse processo de estigmatização não deve ser esquecida quando formulamos a noção de uma prevenção especial para “soropositivos” ou cunhamos a expressão “*Prevenção Posithiva*”. Se a organização da separação e da especialização da atenção às pessoas soropositivas pode ser, como observamos no caso da AIDS, resultado da violência contra estados temidos que produzem o estigma e discriminação social¹⁸, por outro lado, pode reorientar o processo de estigmatização, situação comum a todas as doenças menos desejáveis¹⁹.

A criação dos centros especializados e de referência para as DST/AIDS, no final dos anos 80, foi publicamente justificada como necessária para dar conta da explosão do número de casos de AIDS. De fato, os centros dedicados à AIDS foram organizados no contexto do Sistema Único de Saúde de forma separada, principalmente para diminuir a rejeição e os maus-tratos que as pessoas vivendo com HIV/AIDS sofriam nas unidades públicas e privadas de saúde. Em 1991, Luiz Mott²⁰ já listava vários casos de violação de direitos humanos de pessoas vivendo com AIDS, entre os quais lemos as declarações do Ministro da Saúde propondo “teste anti-HIV obrigatório em todo o país”, ou a proposta do irmão-médico do presidente Tancredo Neves (Dr. Aluísio Neves) de “castração das pessoas com AIDS”, ambas de 1987. Entre os eventos que conseguiam chegar aos jornais, o autor lista os inúmeros casos de recusa de hospitais e profissionais de saúde em abrigar ou tratar adequadamente pessoas com AIDS, em vários estados do país, fatos também documentados por outros autores²¹.

Na terceira década da epidemia em curso, o estigma e a discriminação continuam bastante prevalentes e documentados em todos os países, especialmente pelos estudos realizados com mulheres, ou em países mais pobres, sem acesso ao tratamento e à prevenção. Por outro lado,

tem-se ampliado a compreensão do estigma como atributo do indivíduo ou das relações face a face, como pensou E. Goffman¹⁸. Parker e Aggleton²², por exemplo, têm compreendido a estigmatização como um processo social em que o estigma é empregado para produzir e reproduzir relações desiguais e desigualdades sociais, validadas frequentemente pelos saberes técnicos que legitimam a transformação da diferença em desigualdade: desigualdade de classe, nas relações de gênero, de idade, cor ou etnia, sexualidade ou orientação sexual.

Em vários estudos, temos observado como o processo de estigmatização mantém uma constante expectativa da não-aceitação e da segregação social, que os autores chamam de “estigma sentido” (*felt stigma*)²³. Tanto o estigma sentido, pressentido e internalizado pelo indivíduo, como a discriminação, ou “estigma efetivado” (*enacted stigma*) têm grande impacto nos desfechos de saúde e na qualidade de vida das pessoas envolvidas. O estigma (pres)entido pode dificultar e atrasar a busca de ajuda, de diagnóstico e tratamento, ou prejudicar a habilidade dos afetados para o autocuidado, as tomadas da medicação prescrita ou a adesão aos espaços de atenção à saúde. O estigma efetivado como discriminação pode impedir indivíduos e sociedades de abordar adequadamente as questões de saúde, pessoal ou coletiva. A contínua associação do HIV com promiscuidade sexual ou abuso de drogas e desorganização familiar se estende à vida cotidiana de todas as pessoas vivendo com HIV, constantemente associadas a “desvios incuráveis”, e nos permite compreender as lacunas que permanecem na organização do atendimento aos portadores.²⁴

Valle (2002)²⁵ discute o fato de que na imprensa brasileira, até 1997, a pessoa vivendo com AIDS era principalmente o *paciente* representado em camas de hospital, uma condição clínica cujas imagens enfatizavam a degradação passiva e inevitável vivida pelos soropositivos. A categoria que passou a predominar em seguida foi a de *aidético*, uma identidade estigmatizada que agregava pessoas das mais diversas trajetórias e experiências sociais, culturais e subjetivas. Essa categoria genérica associa as

peças soropositivas à devastação corporal, à morte e a uma trajetória moralmente condenada. O autor descreve que, depois da massificação dos testes laboratoriais anti-HIV, as categorias *soropositivo*, *portador* ou *HIV-positivo* foram sendo incorporadas progressivamente como menos estigmatizantes e adotadas por muitos profissionais de saúde e por pessoas vivendo com HIV e com AIDS. *Pessoa vivendo com HIV/AIDS* tem sido a categoria unificadora e consagrada no movimento da sociedade civil de resposta à epidemia, junto com a noção de *solidariedade*. O discurso da solidariedade, invocada por pessoas vivendo com HIV/AIDS, questionava a “morte civil” e queria envolver todos os brasileiros na luta contra a epidemia. O Grupo Pela Vida-Rio, idealizado e fundado por Herbert Daniel em 1989, incluía no grupo das “pessoas vivendo com AIDS” os amigos das pessoas soropositivas, parentes, parceiros e todos aqueles que achassem que seu cotidiano estava afetado pela epidemia. Combatia-se a metáfora “AIDS=MORTE” com a SOLIDARIEDADE.²⁶ Nesse processo, os *aidéticos* e *pacientes terminais* transformaram-se em *soropositivos* e, desde meados da década de 1990, o movimento social e os Programas de AIDS consolidaram a noção de *portadores do HIV* (tratáveis) ou de *pessoas vivendo com HIV/AIDS*.

Na vida cotidiana e nos meios de comunicação, todas essas noções convivem e permanecem “na boca do povo”, significando a experiência com a AIDS. Ao mesmo tempo, observamos nos estudos que desenvolvemos ao longo da última década que, em alguns domínios da vida cotidiana, é mais freqüente as *pessoas vivendo com HIV* permanecerem *aidéticas*. Por exemplo, com base nos estigmas associados ao HIV/AIDS, o desejo de manter uma vida afetivo-sexual com qualidade e de ter filhos, experiências que homens e mulheres definem como fundamentais em seus projetos de vida, permaneceram desrespeitados ou desconsiderados na organização da atenção.^{11,14}

A violação (ou negligência) dos direitos reprodutivos das pessoas vivendo com HIV tem seguido por tempo demais sem contestação. Há mais de vinte anos, pesquisadores e autoridades sanitárias têm elementos suficientes para suge-

rir recomendações programáticas nesse campo, dez anos depois de os anti-retrovirais mudarem a qualidade do tratamento, vinte anos depois da descoberta do vírus, da massificação do teste e do estabelecimento da importância epidemiológica da transmissão sexual.

Apenas em 2006, entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) discutiu recomendações para dar conta das necessidades especiais da saúde sexual e reprodutiva das pessoas vivendo com HIV. Quando, finalmente, uma reunião foi conveniada pela OMS na Etiópia²⁷, os exemplos trazidos de vários países indicaram a importância do estigma e da discriminação, bastante consistentes com o que encontramos nos estudos em São Paulo. A International Coalition of Women Living with HIV (ICW) denunciou²⁸ que, apesar de as mulheres soropositivas viverem a sexualidade em condições especiais, nenhum documento no âmbito das Nações Unidas, até então, tinha se dedicado à qualidade da vida sexual e reprodutiva de pessoas vivendo com HIV. A posição defendida pela ICW, adotada pela reunião da Etiópia, foi reforçar, mais especialmente ainda no caso das pessoas vivendo com HIV/AIDS, a associação entre saúde sexual e direitos sexuais e reprodutivos.

Esse é mais um exemplo do valor do princípio do grande envolvimento das *pessoas vivendo com HIV/AIDS* (GIPA), que, no Brasil, valorizou a noção de solidariedade e a defesa da cidadania. A *estigmatização* associada à AIDS *sentida* pelas pessoas na sua vida cotidiana tem resultado na busca de *emancipação* do sofrimento frequentemente intensificado pela discriminação social (*estigmatização efetivada*) comum à vida dos afetados pela AIDS no país. A discriminação, no caso da AIDS, tem sido compreendida como resultado da associação de diferentes fontes de estigmatização, uma sinergia de estigmas²², a combinação do sexismo, do machismo e da homofobia, do racismo e da pobreza, que resultam frequentemente na discriminação do direito à saúde integral de qualidade ou ao trabalho. A construção da resposta ao HIV/AIDS tem sido, portanto, também a história da resistência organizada à discriminação. Ambas, discriminação e resistência social, são fortemen-

te *psicossociais*, ou seja, dizem respeito à interação indivíduo-grupo-sociedade, à pessoa “em contexto” e ao “contexto na pessoa”.²⁹

Ao longo de três décadas da epidemia, a sinergia de estigmas e as diferentes identidades sociais descritas por Valle têm provocado a imaginação das pessoas afetadas e dos ativistas do “movimento de AIDS” – movimento que inclui familiares, profissionais e gestores da saúde, além de pesquisadores. Ao organizarem a resistência à discriminação no plano pessoal e/ou desde seu lugar social, no quadro dos direitos humanos, formularam as propostas mais inovadoras em resposta à epidemia no Brasil.

2 A ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DA VULNERABILIDADE

Entre as idéias que ressignificaram e mudaram a forma como compreendemos hoje a epidemia, especialmente no Brasil, está o conceito da “vulnerabilidade individual, social e programática” ao HIV/AIDS, que nos ajudou a superar as noções de “grupo de risco” e “aidético” dos primeiros anos³⁰. As lições aprendidas nos diversos estudos e ações desenvolvidos no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos têm ressaltado que, se a transmissão do HIV é muito mais que um evento viral, o desafio de viver com AIDS estará também muito além do desafio de controlar a infecção e seus efeitos. O “viver com AIDS”, portanto, não deve reduzir a pessoa assistida e apoiada ao “portador do vírus”, à “soropositividade”.

Sinteticamente, a noção de “vulnerabilidade ao HIV/Aids” que substituiu as noções de “grupo de risco” dos primeiros anos, proposta por Mann e colegas (1992)³¹ e revisitada por Ayres e colegas^{32,33}, buscou enfatizar que o adoecimento pela AIDS é resultado de aspectos coletivos e contextuais, além de fatores individuais. Ou seja, a prevenção da infecção, ou do adoecimento, depende de recursos de todas as ordens para que as pessoas e comunidades possam se proteger. As estratégias para limitar o impacto da epidemia que resultarão desse quadro de aná-

lise deverão ter, ao mesmo tempo, alcance social e estrutural; dependerão da ação de governos, dos movimentos sociais organizados e da adoção dos direitos humanos como referência ético-política. Algumas das estratégias mais frequentes nesse quadro abordam a vulnerabilidade a partir de sua dimensão psicossocial.

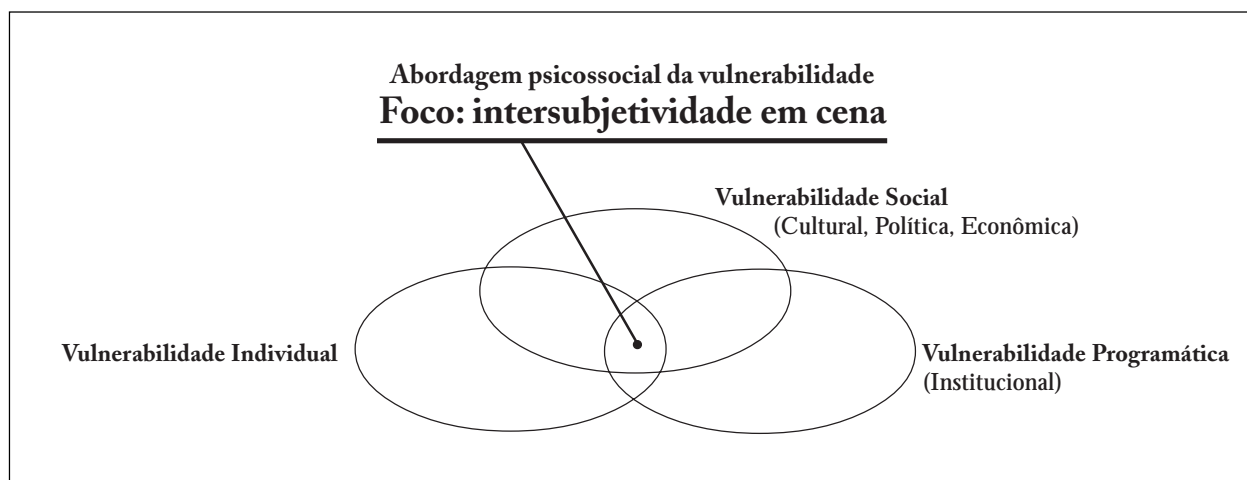
Como se observa no QUADRO 1, a **abordagem psicossocial no quadro vulnerabilidade** considera as diferenças individuais na *experiência cotidiana* (de viver com o HIV), mas as compreende dinamicamente e à luz das desigualdades sociais que co-produzem essa experiência (experiências com a pobreza, com o racismo, o sexismo, o machismo e a homofobia). Ao mesmo tempo, nesse quadro de interpretação, a pessoa não é simples expressão de categorias registradas em questionários, valiosas para outros objetivos, como os fatores comumente avaliados pela epidemiologia comportamental, tais como o nível de conhecimentos, atitudes, práticas ou ainda idade, sexo, cor e religião³⁴. A abordagem psicossocial, nesse quadro, pretende superar modelos de prevenção que focalizam apenas o plano individual. Superar também os modelos que, mesmo ao considerar as “situações de risco” e o “contexto cultural”, acabam por focalizar o indivíduo como unidade biológica-comportamental descontextualizada. Modelos assim, como os de inspiração sócio-cognitivista³⁵, têm ambição universalista, ou seja, raramente consideram a vulnerabilidade ao adoecimento como resultante de fatores programáticos específicos daquele agravo, dos cenários sócio-econômicos e culturais, ou ainda da violação de direitos típicos da história política de um país e de condições locais.

O cotidiano não é imediatamente previsível ou resultante de fatores que podem ser analisados independentemente, como se faz com a análise estatística das respostas a questionários. A **experiência de viver como mulher, negra, evangélica, casada, com uma história familiar, que se descobriu soropositiva e não acredita na eficácia do tratamento é singular**. O cotidiano implica uma espontaneidade mais facilmente compreendida a partir da descrição densa de uma **cena viva e seu contexto intersubjetivo**. Ou seja, a espontaneidade da experiência pes-

QUADRO 1. A VULNERABILIDADE INDIVIDUAL, SOCIAL E PROGRAMÁTICA NA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL (MODIFICADO DE AYRES, PAIVA, FRANÇA JR ET AL, 2006)

| Abordagem Individual | Abordagem Social | Abordagem Programática |
|--|--|--|
| <p>TRAJETÓRIA Recursos pessoais, cenas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corpo e saúde • Nível de conhecimento: <ul style="list-style-type: none"> - Escolaridade - Acesso à informação • Momento emocional • Relações familiares • Redes de amizades • Relações afetivo-sexuais • Relações profissionais • Redes de apoio <p>SUBJETIVIDADE INTERSUBJETIVA Em cena: sujeito de direito e do cotidiano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valores (em conflito!) • Crenças (contraditórias?) • Desejos (contraditórios!) • Atitudes em cena • Gestos em cena • Interesses em cena | <p>NORMAS SOCIAIS Cenários locais, nacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepções de cidadania • Referências culturais • Estruturas <ul style="list-style-type: none"> - Histórico-político-institucionais • Relações de gênero • Relações raciais/etnia • Relações entre gerações • Liberdade de expressão • Processos de estigmatização • Participação política <p>DESIGUALDADES Direitos e cidadania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Não-discriminação • Emprego/Salário • Acesso à saúde integral • Acesso à educação/prevenção • Acesso à justiça • Acesso à cultura • Acesso a lazer/esporte • Acesso à mídia/Internet • Mobilização | <p>DIREITOS HUMANOS Respeito, proteção, promoção, cenários programáticos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Compromisso político dos governos (local/internacional) • Definição de políticas específicas • Equidades das ações • Planejamento e avaliação das políticas • Participação social no planejamento e avaliação • Recursos humanos e materiais para as políticas <ul style="list-style-type: none"> - Sustentabilidade política e material da política • Articulação multissetorial das ações • Governabilidade <p>CONTROLE SOCIAL INDEPENDENTE Ênfase no setor saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acesso aos serviços • Qualidade dos serviços • Integralidade da atenção <ul style="list-style-type: none"> - Equipes multidisciplinares/enfoques interdisciplinares - Integração entre prevenção, promoção e assistência - Preparo técnico-científico dos profissionais e equipes • Compromisso e responsabilidade dos profissionais • Participação comunitária na gestão dos serviços • Planejamento, supervisão e avaliação dos serviços • Responsabilidade social e jurídica dos serviços |

GRÁFICO 1. A INTERSUBJETIVIDADE EM CENA: FOCO DA ABORDAGEM PSICOSSOCIAL DA VULNERABILIDADE



soal na vida cotidiana é sempre incitada pelo cenário e pelos outros atores presentes na cena. São diferentes as tomadas de medicação no trabalho ou em casa, a negociação da camisinha com o cônjuge ou com parceiros casuais.

Para melhor compreender a vulnerabilidade a partir de cenas da vida cotidiana, precisaríamos considerar que todas as dimensões que a constituem (o “corpo”, as “noções de cidadania”, a “eqüidade”, p. ex) estão **impregnadas de sentidos** construídos historicamente (“lipodistrofia/feio/doente”, “direitos reprodutivos não incluem o aborto”, “acesso à medicação ARV”), sentidos que se atualizam em contextos intersubjetivos, cenas e cenários locais.³⁶

Como *sujeito da vida cotidiana*, a cada cena de sua vida, a pessoa considera discursos conflitantes do seu universo pessoal de crenças. Por exemplo, mulheres que foram socializadas — pelo discurso religioso e de gênero — para a monogamia e a falta de autonomia contrastam-nos com o discurso da prevenção, que sugere desconfiar do parceiro e exigir a camisinha; o rapaz quer se cuidar/tomar a medicação ARV e, ao mesmo tempo, quer evitar/esconder a lipodistrofia que resulta das tomadas, porque observa nos espaços de sociabilidade *gay* a crença na identificação dos signos de soropositividade como uma estratégia para prevenção (rejeitam-se parceiros sexuais com lipodistrofia). Sentidos e sentimentos são, portanto, mobilizados pelo contexto intersubjetivo e pelas experiências com os discursos construídos ao longo da história social de um país, ou por uma comunidade de referência. O desafio da abordagem psicossocial será compreender como *intersubjetiva* a dimensão individual que chamamos genericamente de subjetividade e, então, colaborar com o sujeito para que observe, compreenda e considere discursos, crenças, sentimentos e desejos conflitantes *em contexto*, compreendendo seu cenário social.

Na abordagem psicossocial, portanto, as pessoas em cena ou as situações não são “vulneráveis” – qualificando as “pessoas como frágeis” ou as “situações como de risco”. A análise no quadro da vulnerabilidade pressupõe a **vulnerabilidade de pessoas fazendo algo que tem um**

sentido, em um determinado tempo e lugar. A subjetividade intersubjetiva em cena, portanto, é o foco dessa abordagem psicossocial para reduzir a vulnerabilidade no quadro dos direitos humanos (ver Gráfico 1). A abordagem e as iniciativas nesse quadro dependem da codificação-decodificação, da descrição densa e da interpretação do sentido de cenas movimentadas pelo sujeito de um cotidiano, significado como sujeito de direitos. A partir da compreensão do sujeito em cena, todas as dimensões da vulnerabilidade podem ser decodificadas.

A abordagem psicossocial emancipadora implica, portanto, uma **concepção mais dramaturgica da subjetividade**. Há muitos exemplos dessa abordagem da emancipação psicossocial e da intimidade do processo de co-compreensão das três dimensões da vulnerabilidade a partir da observação do sujeito em suas cenas cotidianas³⁷. Aqui queremos apenas salienta a dimensão psicossocial dessa abordagem.

O **objetivo** das iniciativas para a redução da vulnerabilidade ao adoecimento, portanto, é abordar as pessoas compreendendo-as como sujeito de seu cotidiano e de direitos, para colaborar na decodificação de suas cenas e dos cenários social e programático de cada uma. Ou seja, em cada cena, compreender cada ato (fala, gesto, prática) como localizado em contextos - lugares, aparelhos sociais na comunidade, territórios, episódios, situações bipessoais ou de grupo – e seus sentidos construídos intersubjetiva e historicamente. Trata-se, então, de co-construir com as pessoas repertórios (conteúdos, novos *scripts*, reflexão) para sua *emancipação psicossocial* a partir da compreensão de situações povoadas por pessoas-sujeitos-de-direitos, abordá-las como sujeitos de seus projetos e cotidiano, sujeitos de duas dimensões da mesma intersubjetividade - a da pessoa em seu contexto e do contexto na pessoa. Busca-se valorizar os recursos que surjam em cada nova cena e cenário como repertórios para produzir “inéditos-viáveis”, como diria Paulo Freire, mobilizados pelo sujeito-cidadão consciente do *seu* contexto sócio-político-cultural, contexto que também participa da *sua* subjetividade-intrasubjetiva.

3

EMANCIPAÇÃO PSICOSSOCIAL E A CONCEPÇÃO EMANCIPATÓRIA DOS DIREITOS HUMANOS

Uma abordagem emancipatória e psicossocial da vulnerabilidade valoriza especialmente a referência dos direitos humanos. Foi no final dos anos 1980, e em função da organização da resposta global à epidemia da AIDS, que os direitos humanos foram nomeados, pela primeira vez explicitamente, numa estratégia de saúde pública pela Organização Mundial da Saúde.^{38, 39} É possível dizer que onde há maior prevalência de HIV encontramos mais frequentemente violação dos direitos humanos e que a AIDS é *proxis* (índice) da violação de direitos.⁴⁰ Se concordamos que a AIDS não é apenas um evento viral, a referência dos direitos humanos pode ajudar a definir prioridades, prazos para a implementação de uma política pelos governos, quem serão os beneficiários e de quem cobrar a responsabilidade pela violação dos direitos.

Além das informações estritamente biomédicas, necessitamos, então, valorizar a pesquisa social sobre o processo histórico que constrói a desigualdade, sobre processos de estigmatização que constroem acusações e culpas. Dependemos de compreender como as diferentes experiências com a sexualidade (feminina, homossexual) se transformam em desigualdades no plano social (quando se deixa de socializar as mulheres para a autonomia ou quando os direitos dos homossexuais são discriminados); compreender como as desigualdades são experimentadas no contexto intersubjetivo cotidiano (participam da dinâmica de cada relação amorosa) ou programático (organizam a atenção à saúde reprodutiva apenas para as mulheres ou soronegativos).

A abordagem da discriminação associada à AIDS na sua dimensão psicossocial pressupõe que as intervenções no plano sócio-político — cultural, institucional, legal — são fundamentais para lidar com a estigmatização e que essa análise deve ser compartilhada com as pessoas afetadas. Nos serviços de AIDS frequentados pelos participantes de nossos estudos, entretanto, diante das

narrativas dos participantes de nossos estudos, marcadas pela experiência com a estigmatização sentida e pela discriminação, pelas acusações que se somam no processo de estigmatização e que inventaram o “aidético” (“promíscuo”, “vetor da morte”, perigoso e sem direitos), muitos profissionais de saúde dos centros estudados reagem recomendando o encaminhamento à psicoterapia individual: “precisam lidar com a culpa que os atrapalha e envergonha”, “precisam de apoio para conseguir revelar a soropositividade”. O desejo de ter filhos entre pessoas vivendo com HIV, por exemplo, continuava sendo interpretado por muitos profissionais como “resistência/negação da própria condição” de portador que “pode morrer”, ou “pode transmitir o vírus”, mesmo reconhecendo os avanços da terapia anti-retroviral e na prevenção da transmissão vertical. Mais veladamente, e com base em seus valores pessoais, argumentavam que, “com a vida que levam” (promíscuos), não teriam direito de constituir família e desejar filhos.^{10, 13, 41}

Por outro lado, entre os repertórios emancipatórios utilizados por pessoas afetadas pela AIDS nas suas cenas cotidianas, foi possível identificar reinvenções de experiências prévias de resistência pessoal e coletiva ao sofrimento e à desigualdade social — reações à homofobia e ao machismo, ao racismo e à pobreza — que continuaram qualificando sua experiência cotidiana com a AIDS.

Se identificarmos a desigualdade, com qual noção de igualdade e emancipação deveríamos trabalhar? Entendemos, como Boaventura Souza Santos, que a emancipação, como qualquer utopia, é uma qualidade ausente; é um conjunto de processos sem um fim claramente definido; quanto mais profunda for a desocultação das opressões e das exclusões, maior será o número de adjetivos – democrática, não-homofóbica, anti-productivista, feminista, pacifista, anti-racista, ecológica.⁴²

Boaventura Souza Santos tem, também, indicado os direitos humanos como uma referência interessante para pensar a igualdade que devemos ter como horizonte da emancipação. Discutiu o universalismo da Declaração Universal dos Direitos Humanos, que em 1945 afir-

mava como auto-evidente a relação entre os direitos humanos a liberdade e a dignidade, demonstrando que co-existem diferentes concepções da dignidade humana em grupos caracterizados por culturas diferentes, mesmo em um mundo globalizado. Dedicou-se a pensar como dar conta da diferença e da igualdade, entre a exigência do reconhecimento das diferentes concepções de dignidade e o imperativo da redistribuição que permita a realização da igualdade de direitos. Na sua perspectiva, cada cultura (e concepção de dignidade) é sempre incompleta se observada da perspectiva de outra.

O autor discute que, para ser emancipatória, a abordagem no quadro dos direitos humanos implica sempre o diálogo intercultural entre diferentes concepções de dignidade humana, já que todas as culturas aspiram a valores válidos independentes do contexto de sua enunciação. No Brasil, nos debates sobre os direitos sexuais e reprodutivos, os valores associados às diversas comunidades religiosas têm exemplificado essa aspiração. Boaventura S. Santos propõe, então, que se busque um encontro de horizontes que reconheça as incompletudes de todas as culturas em diálogo; para lidar com a tensão inevitável no processo de diálogo das diversas concepções, propõe uma hermenêutica que chama de “hermenêutica diatrópica” e adotar uma **concepção emancipatória de direitos humanos:**

“defender a igualdade sempre que a diferença gerar inferioridade e defender a diferença sempre que a igualdade implicar descaracterização”⁴³.

Os princípios da equidade e da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS) nos desafiam a caminhar nessa mesma direção.

4

O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E O DIREITO À PREVENÇÃO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV

No Brasil, o direito à saúde é regulado através do Sistema Único de Saúde (SUS), cujos princípios doutrinários — universalidade, integralidade e equidade — permitem avaliar as práticas de saúde com base na violação ou na proteção de direitos.⁴⁴ A **universalidade** assegura o direito à saúde, sem discriminação, a todos os brasileiros. O debate sobre a **igualdade**, prevista no texto legal do SUS, tem incorporado a noção de **equidade** no acesso às ações e aos serviços de saúde, que justifica a prioridade de oferta de ações e serviços aos grupos socialmente mais vulneráveis e considera as desigualdades de condições produzidas socialmente. O direito ao domínio das informações sobre os condicionantes que afetam a saúde coletiva, por exemplo, devem ser garantidos por gestores e profissionais. A **integralidade** é um princípio que considera as várias dimensões do processo saúde-doença, visando garantir a promoção, a proteção, a cura e a reabilitação dos indivíduos e do coletivo.

Programas governamentais e não-governamentais de HIV/AIDS no Brasil têm se dedicado a promover políticas não-discriminatórias, afirmando que a AIDS atinge *igualmente a todos* e que o cuidado e a prevenção devem ser direitos de todos os brasileiros. Do ponto de vista de uma abordagem psicossocial no quadro da vulnerabilidade, entretanto, a operacionalização desta perspectiva tem sido problemática. Muitos programas preventivos definem como “público-alvo” o *indivíduo soronegativo*, a metáfora de “*todos*”, que devem ser convencidos a se proteger de alguém potencialmente “soropositivo”. Discutem-se os obstáculos específicos daquele “público-alvo” definidos para a ação (jovens, caminhoneiros, moradores da favela, por exemplo), para que os indivíduos daquele grupo “usem o preservativo!” (como um imperativo). As pessoas vivendo com HIV não são mencionadas como sujeitos da prevenção, como se per-

tencessem a uma outra nação, sem direitos (à prevenção segundo suas necessidades).

A renovação das práticas e a sensibilização de programas e profissionais para uma nação de **cidadãos positivos & negativos** poderá aprofundar a necessária continuidade entre prevenção e assistência, a integralidade almejada pelo SUS. Programas podem fazer diferença, mesmo quando não transformam radicalmente a pobreza, as relações de gênero, o processo de discriminação que aumenta a vulnerabilidade ao HIV e ao adoecimento. As mulheres com HIV que entrevistamos usavam o preservativo consistentemente com seus parceiros fixos, numa proporção três vezes maior que entre as mulheres brasileiras em geral ⁴⁵.

Apesar disso, observamos em diversos centros especializados em DST/AIDS uma organização da assistência que desconsidera a necessidade de promover a equidade e a integralidade; o modelo descontextualizado e centrado no médico, com foco apenas no controle da infecção, favorece a individualização dos pacientes. Pensar alternativas aos modelos que restringem a proposta de intervenção à dimensão individual, como discutimos acima, e avançar no sentido da integralidade e da equidade é um desafio permanente para os programas de AIDS, bastante bem-sucedidos em universalizar o acesso ao tratamento.

Para garantir o direito à prevenção e à assistência integral das pessoas com HIV é relevante compreender em que medida as suas vivências diferem ou são semelhantes às das pessoas que pertencem às suas redes sociais e comunidades de referência. Como ajudá-las a informar seus parceiros sobre sua condição sorológica? Como lidar com o medo do abandono ou da violência conseqüente ao estigma? Como lidar com os efeitos psicossociais do diagnóstico no mundo do trabalho, na vida familiar e sexual? Como lidar com a depressão e o isolamento freqüentes? Como considerar o que aprendemos sobre as diferenças na experiência com a sexualidade depois do HIV, entre mulheres e homens, entre bissexuais, homossexuais e heterossexuais, jovens e adultos, viúvos ou com parceiros também

soropositivos? Como planejar a realização da vontade de ter filhos?

Nesse plano, é interessante notar que o tratamento da infecção no SUS conta com reuniões sistemáticas para determinar o “consenso terapêutico” implementado através dos mecanismos do Sistema Único de Saúde (SUS) que definem qual o tratamento anti-AIDS a ser distribuído universal e gratuitamente nos serviços públicos de saúde. Desse espaço institucional, mobilizado pelo Ministério da Saúde, participam infectologistas, sanitaristas e representantes da sociedade civil. A **atenção psicossocial** que deveria estar integrada ao tratamento, **ao cuidado**, não conta até hoje com espaços de diálogo institucional que inspirem as práticas nessa direção nos programas de DST/AIDS.⁴⁶

Interessante também notar *como* os representantes das redes de pessoas vivendo com HIV e de organizações não-governamentais têm realizado o **controle social** - outra importante diretriz do SUS: na falta de medicamentos ou *kits* de exames laboratoriais (como os de contagem da carga viral), denunciam prontamente o fato e exigem respostas. Os direitos à prevenção e à atenção psicossocial, entretanto, raramente constam da sua agenda, são pouco discutidos pelo movimento social.

José Ricardo Ayres⁴⁷ tem discutido a desatenção aos aspectos psicossociais, também resultante da excessiva segmentação do paciente, do intervencionismo exagerado, efeitos das mudanças aceleradas da medicina contemporânea em direção à sofisticação tecnológica. O autor tem proposto ^{48,49} a noção de *cuidado* em saúde, um cuidar que seja sempre mais que o tratar, que amplia o sentido mais tradicional da assistência à saúde, integrando trocas pessoais e apoio para o bem-estar social e psicológico dos pacientes. A ética do cuidado que defende tem uma dimensão necessariamente técnica que justifica e estabelece a presença de um diante do outro - o sujeito profissional de saúde e o sujeito-pessoa alvo das ações de saúde. A dimensão técnica, entretanto, não pode “subtrair do indivíduo ou da comunidade a última palavra sobre suas necessidades”.

Algumas das questões propostas por Ayres podem orientar a reflexão sobre a atenção psicossocial que deveria integrar o acolhimento das pessoas nos serviços.

É forçoso, quando cuidamos, saber qual é o projeto de felicidade, isto é, que concepção de vida bem-sucedida orienta os projetos existenciais dos sujeitos a quem prestamos assistência. Como aparecem ali, naquele encontro de sujeitos no e pelo ato de cuidar, os projetos de felicidade de quem quer ser cuidado? Que papel desempenhamos nós, os que queremos ser cuidadores, nas possibilidades de conceber essa felicidade, em termos de saúde? Que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade de cuja concepção participamos? (Ayres, 2006, p. 68)

No quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos, consideramos que a atenção psicossocial é a dimensão do cuidado mais preciosa para o processo de emancipação: permite reconhecer as pessoas como portadoras do direito à prevenção, apoiá-las como sujeitos de seu cotidiano, para que possam adaptar guias e propostas técnicas, freqüentemente apresentadas como “receitas”, à sua vida cotidiana.^{2,49}

A *Prevenção Positiva* só pode ser de fato um avanço aos programas de AIDS se for significada também como cuidado e valorizar a atenção psicossocial.

5 SOBRE A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A literatura brasileira sobre atenção psicossocial tem sido mais produtiva no campo da assistência aos portadores de sofrimento mental. Nesse campo, a organização da assistência na comunidade tem buscado aprofundar a integralidade, que “cuida da pessoa e de suas várias necessidades” e não leva em conta apenas “um problema” definido por alguma nosologia ou taxonomia psicopatológica. Além do campo

da saúde sexual e reprodutiva, esse talvez seja o campo que mais tenha discutido como abordar a saúde na perspectiva dos direitos humanos e no esforço de realizar os princípios do SUS.

O acolhimento do sujeito portador de sofrimento mental em Centros (ou Núcleos) de Atenção Psicossocial (CAPS ou NAPS) foi implantado a partir da Reforma Sanitária e Psiquiátrica⁵⁰, em função da violência e da violação dos direitos humanos resultantes do paradigma dominante até então — o modo asilar também chamado de paradigma psiquiátrico. Os CAPS afirmaram-se em oposição à estigmatizante hospitalização, que despreza o apoio e a reabilitação psicossocial, como investimento necessário para minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças⁵¹, ou ainda como processo de reconstrução para o exercício pleno de cidadania e da autonomia no cenário das relações familiares, nas redes sociais e no trabalho.⁵² Nesse campo da Saúde Mental Coletiva construiu-se um “modo psicossocial” pautado pela transdisciplinaridade, que reposicionou o sujeito, defendendo sua singularidade e não sua supressão sistemática.⁵³

O debate da humanização das práticas de Saúde Mental Coletiva também tem convergido para a avaliação das ações de saúde com base na proteção, negligência ou na violação dos direitos. Pedro Gabriel Delgado, entre outros, propõe que, ao trabalharmos com pessoas que padecem de sofrimento psíquico e mental, pensemos em tomar suas questões como a de um sujeito genérico oprimido que vive uma situação de desvantagem, sem deixar de pensar nas suas limitações singulares. Defende intervenções para compensar suas desvantagens (por exemplo, intervenções que garantam o direito básico de um “psicótico” não ser interdito e não sofrer violência) ou que garantam seu acesso ao trabalho protegido como um direito especial, que muitos chamariam de ação afirmativa. Tratar as pessoas em sofrimento mental significa fazer com que seu cotidiano seja melhor e menos sofrido. Sendo assim, mais uma vez, a questão dos direitos passa a ser uma questão essencialmente ligada à gestão do cotidiano⁵⁴.

Temos defendido que a **conversa sobre o cotidiano** deveria ser valorizada nos espaços organizados para assistir às pessoas afetadas pela AIDS. A conversa poderia começar, por exemplo, nas entrevistas que iniciam os encontros clínicos, com um profissional que estimulasse o paciente a descrever densamente episódios vividos — suas cenas de tomada de medicação, por exemplo —, explorados até a decodificação das relações intersubjetivas implicadas no cenário sócio-cultural: o sentido que atribui ao viver com AIDS, a tomada na dinâmica das suas relações, em casa, no local de trabalho.

Como nos lembra Sylvia Leser de Mello, quem é de fato o especialista na vida cotidiana, no sujeito e sua circunstância?^{55, 56} Nos termos das respostas à AIDS, quem melhor poderia identificar as situações cotidianas que produzem as experiências sociais e intersubjetivas (psicossociais) que aumentam a vulnerabilidade à infecção ou ao adoecimento? Como afirma o GIPA, as pessoas afetadas pela AIDS não são o problema, são parte da solução! O cuidado e a prevenção dependem, portanto, de compreendermos a dimensão psicossocial que se aborda quando a clínica ou a pedagogia se abrem para o cotidiano e seu sujeito.

O leitor poderia argumentar que não é tarefa simples integrar a conversa sobre o cotidiano aos espaços do SUS, já que a organização da assistência à saúde continua estabelecendo encontros terapêuticos muito apressados e curtos, ou valorizando a abordagem centrada em procedimentos pré-definidos antes do vivo encontro com o “paciente”. Em encontros apressados, só se tem tempo para escutar a demanda pelo apoio do “especialista” — papel que se impõe ao profissional nesse contexto. “Portador da doença (soropositivo)” é o papel complementar que as pessoas devem cumprir nesse espaço programático, que assim se transforma mais facilmente num contexto intersubjetivo de desvalorização: à pessoa afetada pelo adoecimento resta ser idêntica a todas as outras, definida por sua “patologia” e conformada em ser tratada pela parte doente, por um “especialista na doença”.⁵⁷

No universo dos programas de DST/AIDS, uma das poucas áreas em que a atenção psicossocial

começa a ser debatida no Brasil é a do “aconselhamento”. O Boletim Epidemiológico AIDS e DST incluiu um artigo sobre o tema: os autores⁵⁸ reconhecem a melhoria da testagem anti-HIV entre gestantes e reafirmam a necessidade de que o aconselhamento pós-teste seja oferecido no contexto da integralidade, num cenário de maior vínculo entre o profissional e o usuário. Os autores avaliam que:

No contexto da integralidade, a pessoa deve ser vista de forma holística, atendida em todas as suas necessidades por serviços organizados e articulados em diferentes níveis de complexidade, visando garantir o acesso a todas as ações e serviços necessários para a resolução de seus problemas. (Araújo et al., 2006, p. 16)

Vários estudos, segundo os autores, indicam que os profissionais de saúde não têm cumprido os componentes normatizados para o aconselhamento, tais como “apoio educativo, apoio emocional e avaliação dos riscos.” Sugerem que, além de “incluir técnicas de relações interpessoais e de abordagens de situações relativas à avaliação de risco para as DST/HIV/AIDS”, a educação continuada dos profissionais deve ajudá-los a desconstruir seus preconceitos sobre a AIDS. Reconhecem, portanto, que o processo de estigmatização é especialmente relevante e a integralidade é a lacuna mais importante.

Poderíamos avançar discutindo o significado dessa capacitação em “técnicas de relações interpessoais”, já que essa noção frequentemente se refere aos meios e às estratégias para convencer, “vender” — nesse caso, o conselho, o produto (medicação, preservativo) ou a prática de adesão consistente.

Na abordagem psicossocial e emancipatória proposta, entretanto, as relações entre as pessoas (intersubjetivas) deveriam garantir atitudes distintas: o profissional não é um especialista no que é mais adequado e aceitável para “todos”, restrito aos passos normatizados, embora atue com a boa intenção (e ilusão) de poder fazer o “consumidor da normatização” realizar o que se espera dele (desejando “seu bem”). Além do dever de considerar os projetos de cada su-

jeito, a abordagem emancipatória deve considerar o impacto na vulnerabilidade ao adoecimento da estrutura sócio-econômica e das desigualdades⁵⁹, tais como as desigualdades de gênero, que não podem ser ignoradas nas tecnologias de prevenção e aconselhamento. As desigualdades entre homens e mulheres são até identificadas, no caso dos manuais de aconselhamento no campo do HIV/AIDS e no texto de Araújo et al. O problema tem sido não derivar dessa análise nenhuma narrativa que inspire a inovação técnica para o processo de trabalho cotidiano. No campo da atenção psicossocial, raramente se detalha qual seria o processo de trabalho; nos textos, as propostas ficam restritas a princípios gerais.⁶⁰

Apesar de adotarem o quadro da vulnerabilidade e o discurso da equidade de gênero, poucos serviços brasileiros especializados em AIDS planejam a organização da assistência para abordar as desigualdades de gênero e a iniquidade na assistência. Foi apenas em 2003 que o CRTA, sede do Programa Estadual de DST/AIDS em São Paulo, inaugurou um espaço para as crianças ficarem enquanto os pais são atendidos, atividade que ainda depende de voluntários.⁶¹ O acesso ao ginecologista foi tardiamente incorporado aos serviços de AIDS, embora seja associado positivamente com o nível de conhecimento que encontramos sobre a prevenção da transmissão vertical¹⁴ e sejam muito altos os índices de HPV entre as mulheres vivendo com HIV. Um estudo recente realizado na Casa da AIDS, centro de referência nacional onde também realizamos alguns dos projetos com jovens e adultos, buscou ampliar a compreensão sobre a mortalidade de pessoas vivendo com HIV, com base numa análise de gênero⁶². Analisou uma amostra aleatória, num estudo de coorte retrospectiva de pacientes atendidos entre 1998 e 2002, controlando variáveis sócio-demográficas e o tipo de tratamento anti-retroviral a que todos os participantes tinham acesso. O estudo observou que as mulheres entravam no serviço de saúde em condições clínicas e laboratoriais melhores, mas a mortalidade feminina foi maior que a masculina, indicando que se beneficiaram menos da assistência ofe-

recida. A análise indicou que as mulheres tinham um risco 86% maior de morrer quando comparadas aos homens, mantido o mesmo tratamento. Fatores contextuais da experiência feminina, também observados em outros países, concluem os autores, podem estar sendo pouco considerados no cuidado das mulheres portadoras do HIV.

Para finalizar esse exemplo, além da rara abordagem das diferenças e desigualdades de gênero que produzem a vulnerabilidade ao adoecimento, o gênero segue sendo pensado no singular e no feminino. O nível de conhecimento sobre transmissão vertical é mais baixo do que deveria entre as mulheres, mas é menor ainda entre os homens, que, ao contrário do que se espera, indicam mais frequentemente desejo de ter filhos.^{7,14,63} Esses índices indicam negligência do direito à informação, marcada pelo estigmatização do direito de ter filhos entre pessoas vivendo com HIV e sexismo (estereótipos associados ao sexo). O modo como normas para os gêneros afetam os homens (homo, hétero ou bissexuais) não é tema da reflexão crítica sobre a organização da assistência e dos encontros profissional-paciente. O impacto do diagnóstico é diferente na vida cotidiana de homens e mulheres. Os cenários de tomadas de medicação ou as cenas de dificuldade de revelar o diagnóstico no trabalho, para parceiros sexuais e cônjuges, carregam as marcas das relações de gênero. A adesão permanente ao uso do preservativo — os homens que usam! — depende de repertórios psicossociais distintos para homem ou mulheres: embora dependam de construir autonomia frente à normatividade social, que espera a passividade e a ignorância das mulheres e a impulsividade dos homens, as mulheres dependem muito mais da conversa que do bom uso de artefatos de barreira.

O apoio mediador de políticas públicas intersetoriais dedicadas a diminuir o impacto das desigualdades de gênero, entre outras, faria diferença na vulnerabilidade ao adoecimento. Ao mesmo tempo, temos conhecimento suficiente para incorporar imediatamente na atenção as práticas consagradas no campo da prevenção que trabalham informadas pela categoria gênero.

6

COMO, ENTÃO, SIGNIFICAR A PREVENÇÃO PARA AS PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS?

Entendemos que reduzir as pessoas vivendo com HIV/AIDS a “portadoras de”, a “soropositivas”, subtraí-las de seu contexto e autonomia cotidianas, é também estigmatizar e discriminar, contribuir para o processo de transformação das diferenças em desigualdades. Não se deveria fazer o mesmo com a noção de *Prevenção Positiva*. Como discutimos ao longo do texto, quando abordamos a redução da vulnerabilidade numa perspectiva psicossocial e emancipatória, a conversa sobre o cotidiano deve ser o foco inicial da ação. A atenção psicossocial associada ao cuidado é uma janela de oportunidade que deve se abrir para a vida cotidiana, esta que necessariamente afirma a presença psicológica dos sujeitos, de seus projetos de vida. A atenção psicossocial, nesse quadro, será inibida por uma organização de momentos assistenciais limitados a tratar “o portador” ou definir a pessoa apenas como objeto de intervenção, consumidor de suas recomendações e receitas².

Em outra direção, para reduzir a vulnerabilidade da pessoa que vive com HIV ao adoecimento e contribuir para sua qualidade de vida, sinteticamente, a **abordagem da emancipação psicossocial** para uma prevenção integrada ao cuidado pressupõe que:

1. A dimensão individual da vulnerabilidade ao adoecimento seja pensada como a do plano do sujeito de direitos e a de sujeitos da vida cotidiana.
2. A pessoa vivendo com HIV não será reduzida à sua condição biológica e comportamental/intrapsíquica; deve ser significada como sujeito-cidadão e portador de direitos;
3. As pessoas socialmente mais vulneráveis à infecção e ao adoecimento sempre dependerão de movimentos sociais que transformem mentalidades, que desnaturalizem a injustiça e a desigualdade ou iniquidade; dependerão da solidariedade e da mobilização social.

4. A atenção psicossocial deverá considerar os saberes técnicos como um ponto de partida para uma vívida interação e promover a inclusão no diálogo dos projetos pessoais de felicidade, assim como promover a compreensão do sujeito sobre o seu contexto e cotidiano, colaborando para sua realização.
5. Em encontros marcados pela ética do cuidado, devemos fazer o saber técnico-científico ser devolvido à sua condição de provisorio e histórico³⁴.
6. Os saberes a serem compartilhados com pacientes na atenção psicossocial, na atenção integral, devem incluir, além das informações tipicamente biomédicas:
 - a. os fatos acumulados pela pesquisa social, e o que cada pessoa também sabe sobre o seu cotidiano e contexto sócio-cultural;
 - b. a compreensão de que a vulnerabilidade ao adoecimento é também resultado da negligência ou da violação de direitos.
 - c. saberes práticos, como “notícias” sobre os modos já experimentados por outras pessoas para lidar com conflitos de desejo, com valores e crenças contraditórias, com o medo do abandono, com a desinformação e a violação de direitos.
 - d. ênfase no poder que todos temos de ampliar repertórios, depois de identificar e decodificar cada contexto social e intersubjetivo, observar e compreender nossos atos (falas, gestos, práticas) como performance intersubjetiva.
7. Valorização da atenção psicossocial como parte do “tratar” e da promoção de direitos individuais e sociais.
8. Profissionais isolados não podem operar essa transformação se forem inconscientes das metáforas que construíram historicamente suas práticas e formação no campo do HIV/AIDS ou se significarem as pessoas vivendo com AIDS como “alvo” de suas práticas, definindo-as apenas como objeto de sua especialização e não como parte da solução.

No processo de construção da resposta brasileira à AIDS, temos conquistado da AIDS a metáfora da morte, enquanto as pessoas viven-

- 22Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS Related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Med Science*. 2003; 57:13-24.
- 23Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS related stigma, discrimination and human rights: a critical overview. *Health Hum Rights*. 2002;6(1):1-18.
- 24Como já definia Paula Treichler (1988), o discurso médico que inventou a AIDS começou como uma continuidade das controvérsias do discurso popular sobre a promiscuidade e sobre o pecado indesejável da homossexualidade. Em seguida, levantou suspeita sobre as práticas indesejáveis da “população em geral” (metáfora para heterossexuais), para quem a AIDS se espalhou, vinda da África, onde diziam que o sexo anal era usado para contracepção.
- 25Valle CG. Identidades, doença e organização social: um estudo das “pessoas vivendo com HIV e AIDS”. *Horiz Antropol*. Porto Alegre. 2002;8(17):179-210.
- 26Daniel H. A alma do cidadão. In: Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, Parker R. *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/Relume-Dumará; 1994. p. 11.
- 27Global Consultation on the Rights of People Living with HIV to Sexual and Reproductive Health [meeting report]. Addis Ababa, Ethiopia; 2006 [acesso em 01 de abril de 2007]. Disponível em www.who.int/reproductive-health/hiv/final_global_consultation.pdf
- 28International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW). How are sexual and reproductive health issues dealt with? Perspectives of women and men living with HIV and AIDS. Draft paper presented at the Meeting “Rights of people living with HIV to sexual and reproductive health: promising principles for policy and programs.” Addis Ababa, Ethiopia: Department of Reproductive Health and Research/WHO; 2006.
- 29Leny Sato. Apresentação. *Indivíduo, grupo e sociedade. Estudos de Psicologia Social de Aracy Martins Rodrigues*. Leny Sato (org.). São Paulo: EDUSP, 2005
- 30Foram inspirados pelo movimento social de luta contra a AIDS, analisaram o impacto da investigação epidemiológica dos “fatores de risco” associados à nova doença, que definiram os “grupos de risco”, ou seja, grupos populacionais onde se teria mais chance de exposição ao vírus e ao adoecimento por AIDS. Rapidamente, ficou claro que, nesse quadro, ao tentar diminuir o impacto da epidemia em que o risco identificado nessas populações estava sendo utilizado para estigmatizá-las, era tratado como uma condição concreta, personificada numa identidade que deveria ser objeto de intervenção.
- 31Mann J, Tarantola D, Netter T (eds). *AIDS in the world*. Cambridge/London: Harvard University Press; 1992.
- 32Ayres JR, França Jr-I, Calazans G, Saletti Filho HC. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de AIDS. In: Barbosa RM, Parker R (orgs). *Sexualidades pelo avesso: direitos, identidades e poder*. São Paulo: Editora 34; 1999. p. 49-72.
- 33Ayres JR, França Jr-I, Calazans GJ, Saletti Filho HC. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia D, Freitas CM (Orgs.). *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 2003. p. 117-139.
- 34Paiva, V. Analisando cenas e sexualidades: a promoção de saúde na perspectiva dos direitos humanos. In: CÁCERES, C. et al. *Sexualidad, stigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. Lima: Editora Universidad Peruana Cayetano Heredia, 2006.
- 35Mais recentemente, o modelo mais adotado pelas iniciativas que se pretendem baseadas em evidência é o de: Prochaska JO et. al. Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychol*.1994 Jan;13(1):39-46.
- 36O foco dos modelos de atenção que reduzem a pessoa à sua subjetividade-intra-psíquica e à sua psicodinâmica pessoal carregada de sentidos, defesas, culpas, identificações, projeções, racionalizações, negações – como sujeito do inconsciente - também precisa ser ampliado, porque raramente os pensa como sujeitos de direitos, na desigualdade implicada no contexto sócio-político mais amplo.
- 37Ver artigos, teses e relatórios disponíveis em www.usp.br/nepaids
- 38Gruskin S, Tarantola D. Health and Human rights. In: Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ, Marks SP (eds). *Perspectives on health and human rights*. London: Routledge; 2005.
- 39Todas as grandes conferências das Nações Unidas, desde os anos 1990 – sobre a Infância (1990), sobre População e Desenvolvimento (1994) e sobre a Mulher (1995) ou sobre o Racismo (2001) –, produziram em seguida linguagem para avaliar o impacto da proteção ou violação de direitos na produção da saúde ou do adoecimento. Em várias frentes, pensa-se na humanização das práticas de saúde enquanto se promovem junto a doentes assistência jurídica, atividades educacionais ou de apoio social, definidas também como fundamentais para mitigar o impacto do estigma e da discriminação comum a várias patologias. Ver Gostin L, Mann JM. Toward the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies. In: Mann JM, Gruskin S, Grodin MA, Annas GJ (eds). *Health and human rights: a reader*. London: Routledge; 1999. p.54-71.
- 40Kisoon C, Caesar M, Jithoo T. Whose right? *AIDS Review* 2002. South Africa: Centre for the study of AIDS, University of Pretoria; 2002.
- 41De Bruyn M. HIV/Aids and reproductive health: sensitive and neglected issues. A review of the literature: recommendations for action. Chapel Hill, NC: IPAS; 2005 [acesso em 1º de abril de 2007]. Disponível em: www.ipas.org/publications/en/HIVLITREV_E05_en.pdf
- 42Santos BS. Subjetividade, cidadania e emancipação. Capítulo 9 do livro do mesmo autor. *Pela mão de Alice. O social e o político na pós modernidade*. São Paulo: Cortez. 2005. 10ª edição.
- 43Santos BS. Por uma concepção multicultural de direitos humanos. In: Santos BS (org.). *Reconhecer para libertar: os caminhos do cosmopolitismo multicultural*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003. p. 458.
- 44Vasconcelos CM, Pasche DF. O sistema único de saúde. In: Campos G, Minayo MC, Akerman M, Drumond Jr-M, Carvalho Y. (orgs.). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 531-562.
- 45CEBRAP (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento)/MS (Ministério da Saúde). *Comportamento Sexual da População Brasileira e Percepções sobre HIV e AIDS. Versão Preliminar do Relatório de Pesquisa/Julho*. Brasil; 1999 [acesso em 28 de março de 2007]. Disponível em: www.aids.gov.br/avalia4/home.htm
- 46Paiva V, Pupo L, Barboza R. O direito à prevenção e os desafios da redução da vulnerabilidade ao HIV no Brasil. *Rev. Saúde Pública*. 2006;40(Supl):109-119.

- 47 Ayres JR. Cuidado e humanização das práticas de saúde. Deslandes SF (org.). *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio e Janeiro: FIO CRUZ; 2006. p. 49-85.
- 48 Ayres JR. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e saúde coletiva*. 2005;10(3):558.
- 49 Ayres, JR. Cuidado em saúde: tecnologia ou sabedoria prática? *Revista Interface*. 2000;6:117-120.
- 50 Silveira DP, Vieira AL. Reflexões sobre a ética do cuidado em saúde: desafios para a atenção psicossocial no Brasil. *Estud pesqui psicol*. 2005;5(1):92-101.
- 51 Pitta A. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.19-26
- 52 Sarraceno B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. Pitta A (org.) *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996. p.13-18.
- 53 Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui. Atenção psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. *Archivos de Saúde Mental e atenção psicossocial*. Amaranta P (coord). Rio de Janeiro: NAU Editora. 2003. pp 13-44.
- 54 Delgado P. Direitos humanos e a clínica. In: Conselho Federal de Psicologia (Org.). *Psicologia, direitos humanos e sofrimento mental*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2000. p 72.
- 55 Mello SL. Das bruxas, dos índios e dos meninos da Febem. *Paideis*. 2002;11(20):79-85. p. 83.
- 56 "A desconfiança na subjetividade eliminava a subjetividade. Presumia-se que os sujeitos não eram capazes de dar conta do significado de suas próprias vidas. O estudo do cotidiano, pelo contrário, exige a presença psicológica dos sujeitos". Mello SL. *Das bruxas, dos índios e dos meninos da Febem*. Paideis. 2002;11(20):79-85. p. 83.
- 57 Essa é uma abordagem psicossocial e dramatúrgica da intersubjetividade no encontro clínico: o contexto da assistência, seus sentidos e papéis, os discursos técnicos que informam as práticas e os encontros entre profissional e paciente.
- 58 Araújo MAL, Vieira NFC, Bucher JSN. Aconselhamento pré e pós-teste anti HIV como estratégia de melhoria na cobertura de testagem em gestantes e prevenção da transmissão vertical do HIV. In: Ministério da Saúde (MS). *Boletim Epidemiológico AIDS e DST*. Brasília; 2006 (Ano II n 1. janeiro a junho de 2006). p. 16-22.
- 59 Parker R. *Na contramão da AIDS: Sexualidade, intervenção, política*. São Paulo: Editora 34; 2000.
- 60 Ou seja, fala-se com frequência na promoção de "sujeitos e cidadania" nas políticas públicas de saúde, mas recorta-se dos direitos e da cidadania apenas a dimensão de "consumidor": a pessoa é reduzida ao sujeito do direito de consumir o que foi decidido e produzido em outro lugar. Como consumidor, deve aprender a usar adequadamente os produtos que promovem a saúde (a medicação, os preservativos) e conseguir realizar os comportamentos que esperam dele (os roteiros de sexo seguro, o conselho do aconselhamento). Ver nota 2.
- 61 Informação obtida em 25 de março de 2007 em [www.crt.saude.sp.gov.br/CRT DST/AIDS](http://www.crt.saude.sp.gov.br/CRT_DST/AIDS). São Paulo: CRT - Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS.
- 62 Braga P, Cardoso MR, Segurado A. Gender differences in survival in a HIV/AIDS cohort from SP, Brasil. *AIDS Patient Care STDS*. 2007 May; 21(5):321-8.
- 63 Dourado I, Veras MA, Barreira D, Brito A. Tendências da epidemia da AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. *Rev.Saúde Pública*. 2006; 40(Supl); 9-17.

Seminário “Prevenção Posithiva: estado da arte”

- 25 e 26 de outubro de 2007 • Flórida Hotel • Rio de Janeiro
 - Realização: ABIA • Apoio: EED
-

1º Dia 25/10/2007

9:00h – 9:30h Credenciamento

9:30h – 10:00h

Abertura: Richard Parker • Cristina Pimenta • Veriano Terto

10:00h – 11:00h

Cristina Pimenta (ABIA)

Apresentador:

Kenneth Rochel de Camargo (IMS/UERJ)

Debatedores:

Angela Donini (MS/PN DST/HIV/AIDS)

Jorge Beloqui (GIV/USP)

11:00h – 11:15h – Intervalo

11:15h – 12:00h – Debate

12:00h – 13:30h – Almoço

13:30h – 14:30h Mesa 2: Aspectos Clínicos

Moderador:

Juan Carlos Raxach (ABIA)

Apresentadora:

Nêmora Barcellos (Hospital Sanatório Partenon/RS)

Debatedores:

Débora Fontenelle dos Santos (HUPE/UERJ)

Carlos Duarte (GAPA-POA)

14:30h – 15:00h – Debate

15:00h – 15:15h – Coffee-break

15:15:00h – 16:15h Mesa 3: Aspectos sócio-educacionais

Moderador:

Veriano Terto (ABIA)

Apresentadora:

Vera Paiva (NEPAIDS/USP)

Debatedores:

Daniela Knauth (NUPACS/UFRGS)

Francisco Pedrosa (GRAB)

2º Dia 26/10/2007

9:30h – 12:05h Mesa 4: Experiências e práticas

Moderadora:

Ivia Maksud (ABIA)

Apresentadores:

José Eduardo Gonçalves (Somos-RS)

Virgínia S.M. Moraes (Grupo Pela Vidda/Niterói)

Adriana Gomes (Revista Saber Viver)

10:15h – 10:35h – Debate

10:35h – 11:00h – Intervalo

11:00h – 11:45h

Apresentadores:

Nacle Nabak (CR Campinas/SP)

Maurizio Tetti (GAPA-SC)

Marclei Guimarães (ABIA)

11:45h – 12:05h – Debate

12:05h – 13:30h – Almoço

13:30h – 16:00h

Recomendações para Políticas Públicas

Facilitadores:

Cristina Pimenta

Juan Carlos Raxach