

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@abiaids.org.br Site: www.abiaids.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: Cecília 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 Positiva: 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 positiva? 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 positiva*, 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

PREVENÇÃO POSITHIVA? A ABORDAGEM PSICOSSOCIAL, EMANCIPAÇÃO E VULNERABILIDADE

Vera Paiva*

A noção de Prevenção Posithiva tem sido proposta como uma das contribuições para a renovação da política brasileira de combate à Aids. O Programa Nacional de DST/AIDS (PN) a define como:

“(...) a prevenção voltada para as pessoas que vivem com HIV/AIDS. A partir do tratamento elas têm maior qualidade de vida, novas perspectivas, o desejo de relacionar-se afetivamente, trabalhar, estudar, ter filhos, enfim, ter projetos de vida. Depende do combate do estigma e da discriminação e do protagonismo das pessoas vivendo com HIV.”¹

É um movimento bem vindo, depois de duas décadas de enfrentamento da epidemia, quando quase sempre a prevenção foi pensada como um instrumento de proteção dos “soro-negativos” frente aos “soropositivos”, como já discutimos em outro texto². Essa definição mantém o sentido da resposta nacional comprometida com a proteção e a promoção dos direitos à vida, com o acesso universal à assistência integral à saúde e à não-discriminação³; reconhece que cada avanço técnico-científico no campo da AIDS depende de grande envolvi-

mento das pessoas vivendo com HIV/AIDS, ou seja, do princípio do GIPA (Greater Involvement of People with HIV/AIDS) consolidado desde a Declaração de Paris, em 1994.⁴

A expressão Prevenção PositHIVa tem certamente, força sintética e estética do ponto de vista de marketing. Mas teria o mesmo sentido das definições que circulam internacionalmente e sustentam quadros de análise distintos do adotado pela chamada Resposta Brasileira? Bunnell, Marmin & de Cock (2006), por exemplo, definem como “positive prevention”:

“intervenções preventivas para pessoas com HIV (‘prevenção posithiva’) que ajudam a diminuir seu risco de transmissão, baseadas nos princípios da epidemiologia das doenças infecciosas que focalizam o foco infeccioso.”⁵ (grifo nosso).

Se adotarmos definições como essa, estaremos reduzindo o sentido das respostas inovadoras que construímos no Brasil no quadro da vulnerabilidade e dos direitos humanos.³ Como queremos discutir neste texto, para aprimorar modelos de assistência e o cuidado da vida com AIDS não é possível esquecer que a infecção

pele 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 Positiva*”. 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 Vidda-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* se transformaram 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 sugere-

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.

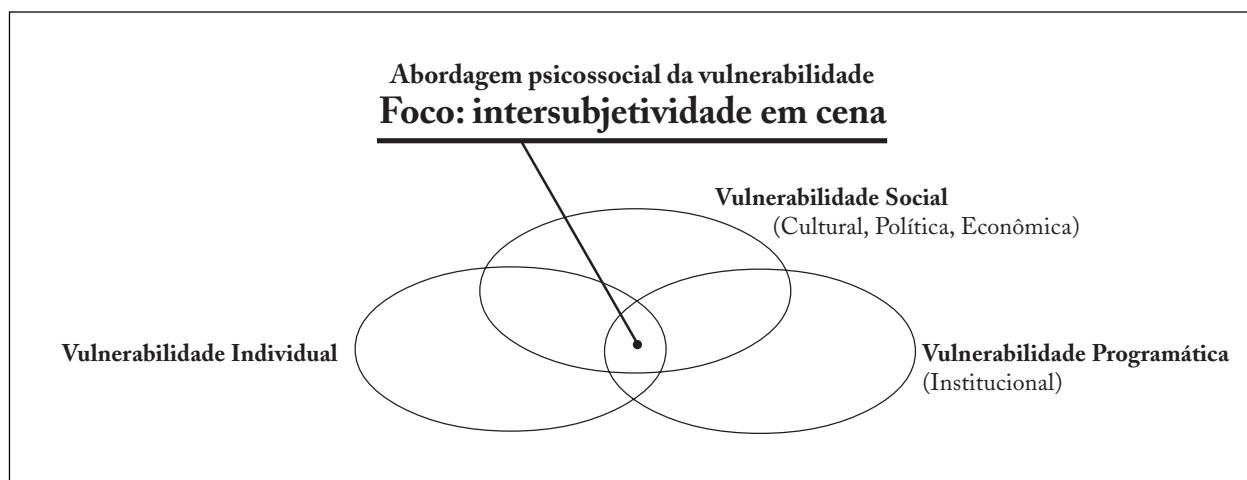
Como se observa no QUADRO 1, a **abordagem psicossocial no quadro vulnerabilidade** considera as diferenças individuais na *experiência cotidiana* (de viver com o HIV), mas as compreende dinamicamente e à luz das desigualdades sociais que co-produzem essa experiência (experiências com a pobreza, com 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 vivida 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 reagiam 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/intrapésiquica; 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-

do com AIDS resistem à sua “morte civil”. Tem sido uma resposta política com muitas lacunas, freqüentemente interpeladas por iniciativas e movimentos emancipatórios pela equidade e pelo reconhecimento do direito à diferença. Na abordagem emancipatória e psicossocial da vulnerabilidade, os espaços que se propõem ao acolhimento do adoecimento não poderiam reinstalar a desigualdade. Adotar a perspectiva emancipatória, tendo como horizonte os direitos humanos, permitirá reconhecer em cada um a humanidade que nos iguala em liberdade e dignidade, defendendo a igualdade “sempre que a diferença gerar inferioridade e defendendo a diferença sempre que a igualdade implicar descaracterização”.⁴³

NOTAS

*IP/NEPAIDS, Universidade de São Paulo-USP
e-mail: veroca@usp.br

¹www.aids.gov.br

²Paiva V. Sem mágicas soluções: A prevenção e o cuidado em HIV/AIDS e o processo de emancipação psicossocial. *Interface*. 2002;6(11):25-38.

³Berkamn A, Garcia J, Munoz-Laboy M, Paiva V, Parker R. A Critical Analysis of the Brazilian Response to HIV/AIDS: Lessons for Controlling and Mitigating the Epidemic in Developing Countries. *Am J Public Health*. 2005; 95(7):1162-1172.

⁴Líderes de 42 nações assinaram a declaração “Paris AIDS Summit Declaration”, que defende o papel central das pessoas vivendo com HIV nas iniciativas de prevenção e assistência, desde o desenho até a implementação de políticas e programas, nacionais e internacionais, para controlar o HIV/AIDS. Sobre o GIPA, ver http://www.ahrn.net/library_upload/uploadfile/file1777.pdf ou UNAIDS. 1999. Best Practice Collection. *From Principle to Practice: Greater Involvement of People Living with or Affected by HIV/AIDS (GIPA)*. UNAIDS.

⁵Bunnel, Marmin & de Cock HIV Prevention for a Threatened Continent Implementing Positive Prevention in Africa *JAMA*, August 16, 2006 — Vol 296, No. 7, 855-858.

⁶Paiva V, Bugamelli L, Leme B, Ventura-Filipe E, Tunala LG, Santos NJ. Sida, vulnerabilidad y condicionantes de género. In: Adriana Gómez (ed). *Mujeres, vulnerabilidades y VIH/SIDA: um enfoque desde los derechos humanos*. Cuadernos Mujer Salud/ RSMLAC. 1998;3:34-39.

⁷Santos NJS, Ventura-Felipe E, Paiva V. HIV positive women, reproduction and sexuality in Sao Paulo, Brazil. *Reprod Health Matters*. 1998; 6:31-41

⁸Paiva V, Leme B, Nigro R, Caraciola J. Lidando com a adesão - a experiência de profissionais e ativistas na cidade de São Paulo. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E. *Tá difícil de engolir?*

São Paulo: NEPAIDS/Programa Estadual de DST/AIDS-SP; 2000. p. 27-78.

⁹Tunala L, Paiva V, Ventura-Felipe E, Santos T, Santos N, Hearst N. Fatores psicossociais que dificultam a adesão das mulheres portadoras do HIV aos cuidados de saúde. In: Teixeira P, Paiva V, Shimma E (orgs). *Tá Dificil de Engolir?*. São Paulo: Núcleo de Estudos para Prevenção da AIDS, Centro de Referência e Treinamento em DST/AIDS; 2000. p. 79-114.

¹⁰Paiva V, Lima T, Santos N, Ventura-Filipe E, Segurado A. Sem direito de amar? A vontade de ter filhos entre homens (e mulheres) vivendo com o HIV. *Psicologia USP*. 2002;13(2):105-133.

¹¹Paiva V, Latorre MR, Gravato N, Lacerda R e equipe do Enhancing Care Initiative. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, vol 18, n6, 2002.

¹²Santos NJS, Buchalla CM, Ventura-Filipe E, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Rev Saúde Pública*. 2002;36(4):12-23.

¹³Paiva V, Santos N, França Jr-I, Filipe E, Ayres JR, Segurado A. Desire to have children, gender and reproductive rights of men and women living with HIV: a challenge to health care in Brazil. *AIDS Patient Care STDs*. 2007;21(4):268-277.

¹⁴Segurado AC, Miranda LD, Latorre MRDO/ Brazilian Enhancing Care Initiative Team. Evaluation of care of women living with HIV/AIDS in the State of São Paulo. *AIDS Patient Care and STDs*. 2003;17:85-93.

¹⁵Ayres JR, Paiva V, França JR-I, Gravato N, Lacerda R, Della Negra M, Marques HHS, Galano E, Lecussan P, Segurado AAC, Silva MH. Vulnerability, human rights, and comprehensive care needs of Young people living with HIV/AIDS. *Am J Public Health*. 2006;96(6):1001-1006.

¹⁶Garrido P, Paiva V, Nascimento VL, Sousa JB, Santos N, AIDS, estigma e desemprego: implicações para os serviços de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2007; 41 (Spl 2): 72-79.

¹⁷Nossa ambição nesse conjunto de estudos foi dar voz especialmente aos grupos menos estudados, ou menos visíveis porque menos mobilizados politicamente, assumindo que são também parte necessária da solução. Ao mesmo tempo, indicar a diversidade de experiências sociais e subjetivas das pessoas que compõem o grupo de pessoas vivendo com HIV no Brasil e, quem sabe, ajudar a extinguir a identidade estigmatizada que as tem agregado na mesma categoria. Ao longo desses anos, procuramos dar conta das mudanças observadas na epidemia do HIV. Mereceram nossa atenção os peculiares desafios que o aumento do número de mulheres e homens que fazem sexo com mulheres, suas crianças e os jovens vivendo com HIV foram trazendo para os serviços especializados em DST/Aids.

¹⁸Goffman E. *Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. 4ª ed. Rio de Janeiro: LTC; 1988.

¹⁹Link B, Phelan J. Stigma and its public health implications. *Lancet*. 2006; 367:528-29.

²⁰Mott, Luiz. Aidsfobia e Aidsfobia no Brasil: a violação dos direitos humanos das pessoas com HIV/AIDS no Brasil [comunicação]. *Cadernos de textos do GGB*. 1996;2. [Comunicação apresentada no I Encontro de AIDS: Repercussões Psicossociais; nov 1991; São Paulo, USP, Depto. de Psicologia].

²¹Bastos C, Galvão J, Pedrosa JS, Parker R. *A AIDS no Brasil (1982-1992)*. Rio de Janeiro: ABIA/IMS/UERJ/Relume-Dumará; 1994. Introdução. p.13-56.

- 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 Aracaty 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, Drummond 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 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.